Rok LV. Kraków, 1. października 1916. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O zakażeniach wznawiających się

podał

M. W. Herman (Lwów).

Rany postrzałowe, choćby z czasu »wielkiej wojny«, nie różnią się zasadniczo od innych ran. Pewne jednak powikłania występują w ranach tych częściej i w formach jaskrawszych, a następstwa ich bywają groźniejsze, niż w ranach innego pochodzenia.

Znane z codziennej praktyki chirurgicznej zjawisko zaogniania się niewygasłej jeszcze sprawy zakaźnej ropnej w ranach, stawach i t. p. po zmianie opatrunku, po gimnastyce i t. d, w ranach postrzałowych kości występować zwykło w formie bardzo jaskrawej. Zwłaszcza złamania postrzałowe kości udowej trzymają prym pod tym względem. Z bardzo wielu obserwacyi poprzestanę na streszczeniu jednej, ale bardzo charakterystycznej i wskutek ubocznych okoliczności wprost tragicznej.

Oficer rezerwowy, Dr H. C. Złamanie postrzałowe uda prawego we wrześniu 1914 r. Leczony (gips!) jako jeniec w rosyjskich szpitalach wojskowych lwowskich do końca stycznia 1915 r., poczem przeniesiony do szpitala rezerwowego galicyjskiego Czerwonego Krzyża. Strzaskana pociskiem kość udowa już się była zrosła z nieznacznem załamaniem osi i małem skróceniem (około 3 ctm.). Na zewnętrznej powierzchni uda blizna, kilkadziesiąt ctm. długa, z dwiema przetokami po operacyi, wykonanej celem usunięcia z rany odłamków z pistoletu, rozbitego tym samym pociskiem, który złamał kość. Na rentgenogramie, zdjętym w lutym 1915 r., stwierdzono w głębi uda dwa małe odłamki metalowe. Zdawało się, że one są przyczyną przetok. Ponieważ brakowało wskazań — ogólnych czy miejscowych — do ponownego zabiegu, pozostawiono je na razie w spokoju. Gdy jednak w marcu, zamknięte tymczasem przetoki otworzyły się z powrotem i gdy ciepłota poczęła się podnosić, a w pierwszej połowie kwietnia dochodziła chwilowo nawet do 40⁰, równocześnie zaś poczęły choremu dokuczać bóle w nodze, w połowie kwietnia rozciąłem przetoki, usunąłem oba odłamki metalowe i nieco chorej ziarniny z okruchami kostnymi, wypełniającej zaułki pomiędzy odszczepami kostnymi. W niedługi czas po operacyi ciepłota powróciła do normy. Rana pooperacyjna powoli zmniejszała się, tak że już w połowie maja 1915 chory jedynie przy pomocy laski poruszał się swobodnie. A gdy się wreszcie udało wyjednać u władz okupacyjnych dla chorego kwalifikacyę na zupełnego inwalidę, 7. czerwca oddany został w opiekę prywatną (w patronat). Co parę dni miał się zgłaszać ambulatoryjnie, celem zmiany opatrunku, pozostała bowiem w dolnym kącie rany przetoka ciągle jeszcze wydzielała — acz skąpo — ropę. Wtem wbrew wszelkim przewidywaniom, po dalszym spacerze, wśród najlepszego stanu ogólnego, dnia 15 czerwca 1915 wystąpiły silne dreszcze, potem wysoka gorączka, zamglenie świadomości, w ogóle objawy bardzo ciężkiego schorzenia. Chwiejne pierwszego dnia rozpoznanie ogólnego zakażenia ropnego, w następnych ustaliło się, gdy wystąpiły objawy zapalenia wysiękowego opłucnej, osierdzia, wsierdzia, stawów i t. d. W zachowaniu się przetoki ta tylko zaszła zmiana, że przemijająco (przez 24 godz.) wydzielina wyraźnie cuchnęła. Dnia 24 czerwca 1915 chory umarł, w dwa dni po odzyskaniu wolności (dzięki odbiciu Lwowa dnia 22 czerwca 1915).

Chorzy z ranami postrzałowymi uda bywali źródłem innych jeszcze, zwykle niemiłych niespodzianek. Powrócę może do nich przy innej sposobności. Teraz bowiem chcę mówić o zakażeniu wznawiającem się po dłuższym (kilkumiesięcznym) okresie zupełnego zdrowia, nie zaś o zaognianiu się (czasem — jak w powyższem spostrzeżeniu — nawet śmiertelnem) widocznie jeszcze tlejącego zakażenia ropnego.

Anatomicznie, a raczej bakteryologicznie, zakażenie 1) zaogniające się jest niemal identyczne z zakażeniem 2) wznawiającem się. W obu bowiem przypadkach przyczyną nowego zjawiska klinicznego są pierwotne bakterye ropne, oddawna już w tkankach bytujące, które tylko przemijająco wzmogły swą pierwotną jadowitość. Klinicznie jednak i praktycznie te dwie odmiany zakażenia różnią się między sobą wyraźnie. W przypadku pierwszym podnosząca się (choćby tylko niekiedy i na krótki czas) ciepłota, przyspieszone tętno, często ogólne niedomaganie i niedokrwistość, miejscowo zaś obrzęk, bolesność, sącząca przetoka i t. d., są dostatecznym dowodem obecności w tkankach bakteryi żywych. Wiemy, czego należy się obawiać. W przypadkach zaś zakażenia wznawiającego się istnieje pewien okres, nieraz kilka miesięcy trwający, w którym nie stwierdzamy żadnych, ani ogólnych, ani też miejscowych objawów zakażenia. Bakterye, istniejące jeszcze w tkankach, niczem nie zdradzają swej obecności. Wystarczy jednak niekiedy uraz tak nieznaczny, że zupełnie ujdzie uwagi chorego, nie mówiąc już o takim, jakim jest w każdym przypadku najłagodniejszy nawet zabieg operacyjny, aby bakterye, pogrążone w letargu, obudzić do nowego życia.

To, nieobliczalne w skutkach, wznawiające się zakażenie, na które raz już zwróciłem uwagę, mówiąc o przenikających postrzałach czaszki, jest napewno chirurgom wojennym bardziej znane, niżby to wynikało ze skąpego piśmiennictwa (Melchior[1]), Most[2]), Schloffer[3])). Nie jest jednak na tyle popularne, aby już można było przestać o niem mówić.

Istotę i znaczenie praktyczne zakażenia wznawiającego się ilustrują wyraziście trzy następujące spostrzeżenia:

1) H. N. l. 31, szeregowiec 85 p. p., leczony od dnia 14 września 1914. Stwierdzono ranę postrzałową ramienia prawego, zadaną prawdopodobnie pociskiem wybuchowym. Środkowa $1/3$ kości ramiennej strzaskana na drobne okruchy, które z czasem wyropiały zupełnie. W częściach miękkich (od przodu) odpowiednio rozległy ubytek, odpowiadający wylotowi postrzału. Rana wlotu na tylnej powierzchni ramienia minimalna, o kilkumilimetrowej średnicy. Duże pnie naczyniowe i nerwowe, częściowo odsłonięte, nie uszkodzone. Ogólne i miejscowe objawy zakaże-

[1]) Berlin. kl. Wochenschr. 1915. Nr. 5.
[2]) Münch. med. Wochenschr. 1915. Nr. 34.
[3]) Wiener klin. Wochescnhr 1916. Nr. 14.

nia miernego natężenia. Po miesiącu można już było przenieść rannego na oddział lżej chorych i opatrywać go dalej ambulatoryjnie. W styczniu 1915 rana była zabliźniona. Konieczny zabieg wytwórczy, mający na celu przywrócenie ciągłości strzaskanej kości ramiennej, odłożyłem do spokojniejszych czasów. Chorego odesłano do innego zakładu. Tam, jak się dowiedziałem, już w pierwszych dniach lutego 1915, a zatem mniej więcej w trzy miesiące po ustąpieniu objawów zakaźnych, namówiono chorego na operacyę wytwórczą i ubytek w kości wypełniono odpowiednią trzaską kości zwierzęcej, wyjałowionej przez wygotowanie.

Ze zrozumiałych powodów nie mogę wdawać się w szczegóły, zresztą dobrze mi znane. Jestem jednak przekonany, że objawy zakażenia, które się tuż po zabiegu pojawiły, wywołane zostały raczej przez bakterye, znajdujące się w tkankach od dawna, t. j. od chwili zranienia, aniżeli przez bakterye, któreby świeżo do rany od zewnątrz wtargnęły. Operowany w parę dni później skutkiem tego zakażenia umarł.

2) I. T. l. 32, szeregowiec 29 p. p., przyjęty 20 grudnia 1914 z przestrzałem obu przedramion, tuż poniżej stawów łokciowych, powikłanym strzaskaniem obu kości przedramiennych. Rany w wysokim stopniu zakażone, oba stawy łokciowe zropiałe. Mimo szerokie nacięcie i osączkowanie ran i stawów, objawy ciężkiego zakażenia utrzymały się przez kilka tygodni. W połowie marca 1915 r. rany wygoiły się zupełnie, bez przetok. W obu stawach nastąpił oczywiście zrost kostny, a jakkolwiek przedramię w pośredniem okręceniu ustawione było pod kątem prostym do ramienia, chory z trudnością tylko wykonywał rękami najprostsze czynności. Dnia 11 maja 1915 r., a zatem w dwa miesiące po zabliźnieniu się ran, a w pięć po zranieniu, gdy od dawna już ustąpiły wszelkie kliniczne objawy zakażenia, przystąpiłem przeto do uruchomienia łokcia prawego. Dwoma cięciami bocznemi odsłoniłem zesztywniały staw i z okolicy byłej szpary stawowej wyciąłem dłutem podokostnie listewkę kostną wysokości około 2 ctm. W tym momencie operacyi temi samemi narzędziami, któremi się dotąd posługiwałem, wyciąłem z powięzi szerokiej uda (z »tractus ileo-tibialis«) odpowiedniej wielkości płat czworoboczny i wsunąłem go pomiędzy obie powierzchnie kostne, przytwierdzając go paroma szwami do okostnej kości ramiennej. Ranę na udzie zaszyłem na głucho, rany na łokciu osączkowałem. Już wieczorem po operacyi ciepłota podniosła się do 39^0, a na drugi dzień rozwinął się obraz ciężkiej posocznicy. Z trudnością udało się wreszcie opanować zakażenie. Najprawdopodobniej nie osiągnąłem celu operacyi. Gdy bowiem chory 4 lipca 1915 opuszczał pawilon, w zresekowanym stawie zachował się zaledwie ślad ruchów biernych, i to bardzo bolesnych. Rana na udzie wygoiła się w kilka dni doraźnie.

3) H., szeregowiec 41 p. p., raniony w lewe ramię 2 czerwca 1915. Kość uległa złamaniu. Rana ropiała, chory gorączkował. Wygoił się dopiero po 12 tygodniach. Z końcem lutego 1916 upadł i powtórnie złamał tosamo ramię. Rentgenoskopią stwierdzono, że złamanie nastąpiło tuż poniżej poprzedniego, wygojonego. Obok tego na rentgenogramie spostrzega się liczne drobne odłamki kostne, wpryśnięte w tkanki, pochodzące jeszcze z poprzedniego strzaskania postrzałowego. W parę dni po złamanin powtórnem, podskórnem, t. j. dnia 3 marca, stwierdziliśmy wyraźne objawy ropowicy ramienia, najwyraźniejsze w najbliższem sąsiedztwie obu blizn postrzałowych. Po szerokiem nacięciu i wypuszczeniu sporej ilości brudnej ropy gorączka opadła i w przeciągu paru tygodni nastąpiło wygojenie z zupełnie pomyślnym zrostem kości.

Trzy powyższe spostrzeżenia, a zwłaszcza trzecie, tłómaczą istotę zakażenia wznawiającego się; drugie zaś ilustruje praktyczne znaczenie tego powikłania ran postrzałowych. Dobrze pomyślany i wykonany zabieg operacyjny obrócić się może w niwecz jedynie dzięki tej szczególnej odmianie zakażenia, której nie umiemy zapobiegać.

Tak jak trzy tu opisane spostrzeżenia, tak i wszystkie inne, opisane przez poprzednio wspomnianych autorów, dotyczyły złamań postrzałowych kości. W doborze przypadków nie gra więc roli przypadek. Zdaje się, że w patogenezie zakażenia wznawiającego się ogromną rolę odgrywają owe drobne odłamki kostne, które na rentgenogramach widzimy gęsto rozsiane w częściach miękkich, otaczających dawniejszy postrzał kości. Pod osłoną tych odłamków — może w nich albo na ich powierzchni — bakterye ropne wegetują miesiącami, czekając na sposobność, którąby dozwoliła im podjąć z powrotem dawniejszą rolę czynnika zakażającego. A sposobność taka nadarza się, gdy z jakiegokolwiek powodu w bezpośredniem sąsiedztwie drzemiących bakteryi obumrze pewna ilość komórek lub krew wyleje się z naczyń. Obumarłe komórki, względnie skrzepła krew, stanowią doskonałą pożywkę, na której bakterye odzyskują swą pierwotną jadowitość i w znany sposób wzniecają zakażenie. O ile chodzi o nawrót zakażenia ropnego tkanki mózgowej po wygojonych postrzałach czaszki, to tam prawdopodobnie już gwałtowniejszy ruch głową lub odleżyna, wywołana uciskiem odłamka kostnego, wystarczają, aby w kruchej tkance mózgowej przysporzyć potrzebnej ilości komórek martwych. Za tem przemawiają odpowiednie spostrzeżenia kliniczne. W innych tkankach, bardziej zbitych, trzeba silnego urazu (np. w formie operacyi), aby powstały warunki, potrzebne do nawrotu zakażenia.

Jakkolwiek zresztą tłómaczylibyśmy to zjawisko, sam fakt zakażenia wznawiającego się nie ulega wątpliwości. A ponieważ nie umiemy rozpoznawać bakteryi »drzemiących« w tkankach, przedtem zakażonych, gromadźmy na razie odpowiednią kazuistykę, abyśmy mogli empirycznie oznaczyć termin, do którego bakterye w tych warunkach mogą zachować swą żywotność. Do operacyi, których wynik w głównej mierze zawisł od aseptycznego przebiegu pooperacyjnego, powinno się przystępować dopiero poza owym terminem. Nasze trzecie spostrzeżenie dowodzi, że bakterye drzemać mogą w zabliźnionych ranach postrzałowych — dawniej zakażonych — przez dziewięć miesięcy! Obserwacya dalszych przypadków wykaże, czy to termin wyjątkowo długi, czy też jeszcze za krótki.

Ponieważ zaś pewien związek przyczynowy pomiędzy obecnością okruchów kostnych, wpryśniętych w tkanki, a zakażeniem nawracającem, wydaje się bardzo prawdopodobnym, należałoby rany postrzałowe kości trzymać jak najdłużej szeroko otwarte i usuwać z nich możliwie doszczętnie wszelkie łatwo dosięgnąć się dające okruchy kostne wzgl. odłamki pocisków, choćby one na razie okazywały skłonność do wgajania się.

Przypuszczenie P. Stratera [4]), że w sposób analogiczny przyczajać się mogą w ramach postrzałowych prątki tężcowe, wydaje mi się wielce nieprawdopodobne.

Objawy gorączkowe w przebiegu porażenia postępującego

podał

Dr Juliusz Morawski

ordynator zakładu dla umysłowo-chorych »Kochanówka« (pod Łodzią).

Wahania ciepłoty ciała w przebiegu porażenia postępującego były badane przez licznych autorów (zestawienie wyników u Reinharda, Krömera, Mendla, Obersteinera, Pappenheima, Sorokowikowa i innych) i wyniki tych badań dadzą się streścić w następujący sposób: 1) Późniejsze okresy porażenia postępującego dają częściej znaczne nieprawidłowości w zachowaniu się ciepłoty ciała chorych, niż wcześniejsze. 2) Nieprawidłowości te występują nie we wszystkich przypadkach porażenia postępującego jednakowo. 3) W przebiegu porażenia postępującego spotykamy nieraz wahania ciepłoty ciała od bardzo wysokiej (40,0^0 i wyżej)

[4]) Deutsche med. Woch. 1916 Nr. 13.

do bardzo nizkiej (35,5 a nawet, podobno, 25,0°), nie dające się wytłomaczyć stanem narządów wewnętrznych. 4) W ekspansywnych postaciach porażenia postępującego ciepłota ciała jest wogóle wyższa, niż w depresyjnej. 5) Południowa i wieczorna ciepłota ciała wyższa jest w p. p., niż u zdrowych. 6) W końcowych okresach porażenia postępującego spotykamy nieraz bardzo nizką ciepłotę ciała. 7) W przebiegu porażenia postępującego spotykamy nieraz krótkotrwałe stany gorączkowe z następującemi cechami charakterystycznemi: a) ciepłota ciała podnosi się raptownie; b) w czasie podnoszenia się ciepłoty tętno chorego jest szybsze, niżby się tego odpowiednio do ciepłoty spodziewać można było; c) stany gorączkowe w przebiegu porażenia postępującego mogą występować równolegle ze stanami podnieceń lub napadami ze strony sfery ruchowej, przed napadami, lub po nich, czasem wreszcie zupełnie od nich niezależnie; d) niektórzy autorowie zauważyli w przeddzień napadów lub podnieceń u chorych na porażenie postępujące wznoszenie się ciepłoty, inni obniżenie się jej; e) zauważano również znaczne ciepłoty w różnych okolicach ciała (regionarne różnice), n. p. ciepłotę ucha 00,5 — 1,0° wyższą, niż pod pachą, zamiast prawidłowej różnicy 0,05° — 0,1°; f) zauważano dalej różnicę ciepłoty między stroną porażoną i zdrową, gdzie ciepłota była niższą; g) gorączki, występujące raptownie w przebiegu porażenia postępującego, trwają czasem tylko parę godzin, n. p. rano 36,1°, wieczorem 40,4°, na drugi dzień rano 36,5° C.; h) czasem spotkać można napady bólu pochodzenia ośrodkowego, łącznie z wysoką gorączką; i) mniej więcej równolegle z gorączką występuje w wielu przypadkach wybitna hyperleukocytoza krwi i płynu mózgowordzeniowego

Jako przykład podobnych napadów gorączki pozwolę sobie przytoczyć dane, tyczące się chorego na porażenie postępujące, którego miałem sposobność obserwować przez czas dłuższy:

Chory l. 52, zakażenie kiłowe w 32. roku życia, leczony niedostatecznie, w 41. roku życia pierwsze objawy porażenia postępującego o formie ekspansywnej. W czwartym roku choroby 10-miesięczne zwolnienie po zapaleniu ropnem na prawej nodze. W siódmym roku choroby po całym szeregu napadów, trwających wogóle 5 dni, wystąpiło porażenie prawej połowy ciała z afazyą, od tego czasu chory był stale przykuty do łóżka, objawy życia psychicznego słabły coraz bardziej i w 11. roku choroby nie dawały się stwierdzić zupełnie. Chory znajdował się pod opieką stałych dwóch lekarzy i często wzywanych na narady internistów; całe życie chorego było odpowiednio uregulowane; ciepłota mieszkania utrzymywana była zawsze w jednakowej mierze, mieszkanie całe odpowiednio zabezpieczone od wpływów atmosferycznych,, chory zawsze był jednakowo ubrany i przykryty. Odżywianie chorego składało się w ostatnich latach dziennie z 8—10 filiżanek półpłynnych pokarmów (kakao z bułką lub rozmaite kaszki na mleku); nadzwyczaj rzadko występowały zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, stolec bywał zwykle regularnie w ½ godziny po wypiciu przez chorego szklanki wody gorzkiej. Chory bywał badany jak najdokładniej bardzo często i wyniki badań, jak również i ciepłota ciała (mierzona w pasze co godzina, a czasem i co pół godziny) skrzętnie zapisywane. Z krzywych ciepłoty i innych zapisków, robionych przezemnie u tego chorego przez lat cztery na rok przed śmiercią jego, wyprowadzić mogę następujące wnioski: Najniższa ciepłota bywała między 5. i 7. rano, wahając się między 36,8° — 37,0°, a w ostatnim roku między 37,0° i 37,2° C; najwyższa ciepłota występowała zawsze między 2—3. po południu (chory sypiał we dnie 1—2 godzin, w nocy 5—8 godzin) i utrzymywała się między 37°,—37.9° C, po stronie porażonej w y ż s z a o 0,2°—0,4°, niż po stronie nieporażonej W ostatnich dwóch latach chory oddziaływał chwilowem podwyższeniem ciepłoty, czasem do 40,0°, na wszelkie próby dodawania mu do codziennej porcyi małej chociażby ilości mięsa lub masła; gorączki takie trwały 2—4 godzin, poczem ciepłota wracała do właściwej dla chorego normy. Nieznaczny nieżyt oskrzeli, wiosenny katar lub lekkie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego i wszelkie inne drobne cierpienia fizyczne również wywoływały nieraz bardzo znaczne podwyższenia ciepłoty ciała. Występującym w ostatnich 2 latach coraz rzadziej napadom w sferze ruchowej również towarzyszyły czasami (nie zawsze) wzniesienia ciepłoty do 39°—40.0°, przytem maximum ciepłoty odpowiadało zwykle kulminacyjnemu punktowi napadu. Od czasu do czasu jednak dawały się zauważyć podwyższenia ciepłoty, których przyczyny wykryć nie było można pomimo jaknajszczegółowszych badań chorego przez jego lekarzy i zapraszanych specyalistów. W przypadkach tych zauważałem, co następuje: Na 2—2½ godzin przed podniesieniem się ciepłoty występował u chorego niepokój serca (przyspieszenie tętna, nie odpowiadające danej ciepłocie, czasem arytmia), nogi i ręce siniały i chłodły (szczególniej końce palców), czasem na piersiach i szyi występowały czerwone plamy (tâches cérébrales). Po upływie 1½—2 godzin ciepłota zaczynała się podnosić, najczęściej bardzo szybko (czasem o 1½° C w przeciągu godziny), występowało znaczne przyspieszenie oddechu, dreszcze, czasami wymioty. Gdy ciepłota dochodziła do szczytu, podniósłszy się nieraz o 3,8° C, działalność serca uspokajała się, następowało zwolnienie tętna, kończyny stawały się cieplejsze, oddech się wyrównywał. Ciepłota utrzymywała się na szczycie przez 1—2 godziny, później opadała (przeważnie powoli) do swego zwykłego poziomu, rzadko bardzo trochę niżej (do 36,4°—36,2°), przy szybszem opadaniu ciepłoty występowało pocenie się całego ciała. Począwszy od ciepłoty 38,4°—38.5° występowało również utrudnienie w połykaniu, które trwało, ustępując powoli; aż do całkowitego powrotu ciepłoty do zwykłego poziomu. Czasem na dzień lub dwa przed taką gorączką ilość moczu zwiększała się, mocz był jasny, o ciężarze właściwym 1015—1018 (prawidłowo 1024—1027; wielokrotne badanie moczu nie wykryło w nim ani białka ani składników morfologicznych, wskazujących na cierpienie nerek), o zwiększonej zawartości indykanu; również niezawsze występował na 1—2 dni przed gorączką silny ślinotok, bezsenność i ogólna hypotonia. Nazajutrz po gorączce mocz miał wszelkie cechy moczu pogorączkowego, następnych dni zaś wracał do cech zwykłych, ślinotok przeważnie ustępował zupełnie, chory zdawał się silniejszym, rzeźwiejszym, spał spokojniej i więcej. Gorączki te występowały albo epizodycznie (latem i zimą) lub całemi seryami (wiosną i jesienią) codzień w przeciągu dni kilku lub też oddzielone paru dniami bezgorączkowymi. Podaję tu, jako przykład, przebieg ciepłoty za jeden z takich dni:

godz.	8	rano	— 37,0°.	godz.	3½	po poł.	— 40,6°.
—	9	—	— 37,1°.	—	4	—	— 40,0°.
—	10	—	— 37,3°.	—	5	—	— 39,5°.
—	11	—	— 37,5°.	—	6	—	— 39,1°.
—	11½	—	— 38,6°.	—	7	wiecz.	— 38,8°.
—	12	w poł.	— 39,4°.	—	8	—	— 38,5°.
—	12½	po poł.	40,2°.	—	9	—	— 38,1°.
—	1	—	— 40,7°.	—	10	—	— 38,0°.
—	1½	—	— 40,7°.	—	11	w nocy	— 37,7°.
—	2	—	— 40,8°.	—	1	—	— 37,6°.
—	2½	—	— 40,7°.	—	3	—	— 37,3°.
—	3	—	— 40.6°.	—	5	rano	— 37.2°.
				—	7	rano	— 37,0°.

Żadne środki farmaceutyczne nie obniżały owej gorączki, sprawiały to czasem mokre obwijania (14°—15°), ale i to przeważnie na ½—1 godzinę tylko.

Czasami po 1—2 dniach z wysoką gorączką występował spokój od 2—10 tygodni, gdy chory miewał ciepłotę ciała wogóle niższą z maximum 37,3° – 37,4°, wyglądał lepiej, w przeważnej jednak większości przypadków polepszenie stanu ogólnego albo wcale nie występowało, albo też trwało zaledwie 2—8 dni. Poniżej zamieszczona tablica przedstawia kilka z takich gorączek i ich wpływ na dalszy przebieg choroby; dla skrócenia przytaczam ciepłotę w odstępach 2-godzinnych od godz. 9. rano do 11. wieczorem (chory w nocy nie gorączkował nigdy):

Data	Godziny 9. rano	11.	1.	3.	5.	7.	9.	11.	Wpływ gorączki na dalszy przebieg choroby.
17 I 19..	37,2°	37,2°	37,8°	39,6°	39,2°	38,7°	37,6°	37,3°	3 tyg. polepszenie
28/II...	36,9°	37,0°	37,7°	39,7°	39,2°	38,5°	37,5°	37,3°	17 dniowe „
18/III...	37,0°	37,4°	37,5°	40,2°	39,4°	39,2°	38,3°	37,3°	9 dniowe „
22/IV...	37,0°	37,1°	37,6°	39,8°	39,0°	37,8°	37,5°	37,1°	—0—
18/II 19..	37,2°	37,2°	38,9°	39,8°	39,4°	38,5°	37,8°	37,4°	—0—
12/IV...	37,0°	37,8°	39,2°	40,0°	39,2°	38,0°	38,0°	37,8°	Patrz nast. dzień
13/IV...	37,0°	37,0°	38,9°	40,4°	39,5°	38,5°	37,9°	37,5°	„ „
14/IV...	37,0°	37,0°	39,5°	40,0°	39,2°	38,3°	37,2°	36,9°	6 tyg. polepszenie
15.VIII...	37,1°	37,2°	39,6°	40,9°	39,4°	39,1°	39,0°	38,1°	—0—
2/X 19..	37,1°	37,5°	40,7°	40,6°	39,5°	38,8°	38,1°	37,7°	—0—

Co do etyologii takich stanów gorączkowych w przebiegu porażenia postępującego (występujących również i w kile mózgu i w wiądzie rdzenia) zdania autorów są podzielone. Mendel i inni uważają za przyczynę wszystkich podobnych gorączek jakieś zaburzenia fizyczne, podkreślając przytem właściwy chorym na porażenie postępujące sposób oddziaływania wysoką gorączką na jaknajdrobniejsze przyczyny. Brown, Meyer, Voisin i inni przypisywali przyczynę owej gorączki zapalnym sprawom opon mózgowych. Reinhard, Schüle i in., składają wszystko na zaburzenia ośrodków naczynioruchowych. Krafft-Ebing, przypisujący owym gorączkom znaczenie rozpoznawcze, uważa za ich przyczynę chwilowe neuropatyczne przekrwienie mózgu.

Cały wreszcie szereg autorów przypuszcza w danym przypadku chwilowe zaburzenia specyalnych ośrodków, regulujących gospodarkę ciepłoty ustroju, uznając istnienie takich ośrodków za dowiedzione, a napadowe podrażnienie ich za możliwe (analogicznie do napadów, polegających na podrażnieniu sfery ruchowej).

Literatura ośrodków ciepłoty, do których przyjęcia zachęca nas na razie tylko niemożność wytłómaczenia niektórych objawów w inny sposób, nie jest bogata i cała ta sprawa nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona. Landois i Eulenburg oznaczyli miejsce owych ośrodków u psów w korze mózgowej (blizko ośrodków naczynioruchowych): niszczenie tej okolicy u psów wywoływało podwyższenie ciepłoty kończyn strony przeciwnej, podrażnienie zaś wywoływało obniżenie ciepłoty. Aronsohn i Sachs określali u królików (u których ciepłota ciała podlega znacznym wahaniom pod działaniem drobnych nieraz przyczyn) siedzibę ośrodków ciepłoty na wewnętrznym brzegu ciała prążkowanego, Streerath — w środkowej przedniej części ciała prążkowanego, w środkowej części jądra ogoniastego (nucleus caudatus) i w przedniej środkowej części wzgórka wzrokowego, Leschke — w tylnej części okolicy podwzgórkowej (regio subthalamica), uważając ośrodek ciepłoty za jeden z ośrodków układu nerwowego współczulnego, H. Freund przypisuje tu wielkie znaczenie nerwom błędnym. Nie jest jednak jeszcze rzeczą pewną, czy podwyższenie ciepłoty ciała we wszystkich doświadczeniach jest zjawiskiem pierwotnem, czy też wtórnem, zależnem od podrażnień innych ośrodków, czy też dróg.

Nawet przy istnieniu takich ośrodków trudno pogodzić się z myślą, by zajmujące nas tutaj napady gorączki powstawały tylko wskutek napadowego podrażnienia owych ośrodków. Przeciwko temu przemawia cały szereg objawów, występujących przy owych gorączkach i poprzedzających je nieraz (limfocytoza, ślinotok, zmiany moczu). Wzniesienia ciepłoty w przebiegu porażenia postępującego noszą prędzej charakter gorączki, występującej w chorobach zakaźnych lub też w najrozmaitszych zatruciach ustroju (przez białka, sole).

Prędzej już dadzą się owe napady gorączki przy porażeniu postępującem wytłómaczyć (zgodnie ze zdaniem Pappenheima i innych), jako odczyn całego ustroju na chwilowe przepełnienie go trującemi substancyami pochodzenia bakteryjnego lub też chwilowe zatrucie produktami nieprawidłowej dla danego ustroju przemiany materyi. Byłby to jeden jeszcze dowód na potwierdzenie teoryi Kraepelina, że porażenie postępujące jest chorobą całego ustroju, a nie wyłącznie układu nerwowego ośrodkowego. Przypuścić należy, że w porażeniu postępującem na tle szybciej lub wolniej posuwającej się niszczącej sprawy ogólnej, z przeważającym udziałem w tej sprawie układu nerwowego ośrodkowego, występują obostrzenia, których widocznymi przejawami są napady najrozmaitszego rodzaju (w sferze psychicznej, ruchowej, dalej występujące jako zaburzenia oddechu, połykania, działalności serca, zaburzenia czuciowe, wydzielnicze i t. d.).

Dalsze badania wykażą nam, czy napady te są zbliżonemi naprzykład do dnawych gwałtownemi zaburzeniami przemiany materyi w ustroju chorych na porażenie postępujące, czy odczynem ustroju na najrozmaitsze okresy rozwoju wielu pokoleń krętków bladych (jak utrzymuje Ehrlich i jego szkoła), czy wreszcie przyczyny ich szukać trzeba gdzieindziej (działanie produktów rozpadu składników układu nerwowego ośrodkowego, zaburzenia wydzielania wewnętrznego i t. d.),

Pozostaje mi wreszcie zwrócić uwagę na równoległość, jaką spotykamy z jednej strony między samoistnie występującemi w ustroju chorych na porażenie postępujące zaburzeniami najrozmaitszego rodzaju, z drugiej — zaburze-

niami (leukocytoza, gorączka), wywoływanemi przez nas w najrozmaitszych próbach leczenia porażenia postępującego (zapomocą wstrzykiwań tuberkuliny, nukleinianu sodowego, hodowli gronkowców i t. d.). Zdaje się, że działanie tych środków polega na wywoływaniu mniej lub więcej silnego zaburzenia w ustroju chorego, które nieznanemi dla nas drogami wpływa czasami korzystnie na przebieg porażenia postępującego, wywołuje zwolnienia lub też tylko zatrzymanie na czas pewien dalszego postępu choroby.

Piśmiennictwo.

1) Aronsohn i Sachs. Pflügers Archiw. T. 37. 2) Aronsohn. Virchows Archiv. T. 159. 3) Crichton Brown z referatu w Archiv f. Psychiatrie Bd. VIII. 4) Freund H. Archiv f. experim. Pat. u. Pharm. T. 72, z. 4. 5) Kraepelin. Lehrb. der Psychiatrie, wyd. VIII T. II, Leipzig 1910. 6) Krafft—Ebing. Die progressive allgem. Paralyse 1894. 7) Krömer. Allg. Zeitschr. f. Psych. T. 36. 8) Landois i Eulenburg — cyt. podług Kaufmann: Nervensystem und Stoffwechsel. Handb. der Neurologie herausg. von Lewandowsky. 9) Leschke. Zeitschr. f. experim. Path. u. Ther. T. XIV. 10) Mendel. Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880. 11) Meyer L. Charité Annalen 1858. 12) Obersteiner. Die progressive allgemeine Paralyse. Wien 1908. 13) Pappenheim. Monatschrift f. Psych. u. Neur. 1907. 14) Reinhard. Archiv für Psych. 1880 T. X. 15) Schüle. Klinische Psychiatrie, wyd. 3. 1886. 16) Sorokowikow. Russische medic. Rundschau 1910 z. 3, 4, 5. 17) Streerath. Archiv. f. u. Physiol. Physiolog. Abteilung 1910. z. III. i IV. 18) Voisin, Lecons cliniques sur les maladies mentales. Paris 1876.

Ze szpitala garnizonowego Nr 4 w Lincu nad Dunajem.

Wydzielanie składników mineralnych i kwasu mlecznego w zapaleniu opon mózgowordzeniowych.

Podali

Wacław Moraczewski i prymaryusz Egon Lindner.

Niezwykle szybkie i znaczne chudnięcie, które zauważyliśmy w dwóch przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, zachęciło nas do zbadania wydzielanych z moczem produktów. Chodziło nam z jednej strony o wydzielanie składników mineralnych, jak siarki, wapna, fosforu, a z drugiej o składniki, związane szczególniej z zanikiem mięśni, kreatyninę i kwas mleczny.

O składnikach mineralnych wiemy, że wszelkie chudnięcie, czy wycieńczenie, doprowadzać musi do ich zwiększenia; jedynie więc rodzaj tego wydzielania, jakieś szczególnie obfite wydzielanie jednego lub drugiego składnika godne było zbadania.

Kwas mleczny był w ostatnich czasach przedmiotem licznych dociekań, że wspomnę tylko Embdena i jego szkołę [1]) i O. v. Fürtha [2]). W pracach tych dwóch autorów zebrana jest potrochu i literatura, dotycząca tego przedmiotu.

Embden sądzi, że kwas mleczny powstaje z heksozy, która, łącząc się z kwasem fosforowym, tworzy tak zwany l a c t a c i d o g e n. Lactacidogen, rozpadając się, daje kwas fosforowy i mleczny w odpowiadających sobie cząsteczkowych ilościach. O. v. Fürth również uważa kwas mleczny za produkt spalania węglowodanów i dlatego szuka go w mięśniach i wątrobie chorych na cukrzycę.

Nie wdajemy się w roztrząsanie sprawy, czy grupę węglowodanową dostarcza glikogen wątroby, czy glikogen mięśni; sądzimy, że oba te źródła są tu potrzebne, bo wszelka czynność mięśni wywołuje zmniejszenie się glikogenu w wątrobie, a jednocześnie zwiększenie się cukru we krwi, jak to jeden z nas wykazał (W. M.).

Spodziewać się tedy należało, że ten zanik mięśni, który widzieliśmy w przebiegu zapalenia, wyrazi się powiększeniem kwasu mlecznego we krwi, a więc i w wydzielinach. Nie mogliśmy na razie zbadać cukru we krwi naszych chorych z powodu ich ciężkiego stanu.

Badanie nasze dostosowywać się musiało do niezbyt świetnych warunków. Przedewszystkiem zbierać musieliśmy mocz w ciągu kilku dni i przetrzymywać go pod chloroformem, bo chorzy nasi czasami mocz tracili i wogóle wydzielali skąpo.

Miało to tę dobrą stronę, że badanie moczu, z dni kilku zbieranego, daje pojęcie o postępowaniu zaniku. Pierwszy okres w odstępie tygodnia niewiele się różni od drugiego, ale trzeci, który w kilka tygodni potem przypada, daje wyniki więcej charakterystyczne dla ocenienia przebiegu. Niestety okresy ostatnie ze względów zewnętrznych dawały nam tak mało moczu, że musieliśmy się ograniczać do niezbędnie potrzebnych oznaczeń.

Dyeta chorych składała się głównie z mleka i kaszy.

Metody badania były mniej więcej typowe: azot sposobem Kjeldahla, kwas moczowy sposobem Ludwiga—Salkowskiego, z pewnemi zmianami. Wydzielony ze srebrowej soli kwas moczowy odczyszczaliśmy i spalali metodą Kjeldahla, obliczając kwas moczowy z ilości azotu, a przesącz strącaliśmy ponownie mieszaniną magnezyi i srebra; z ilości srebra oznaczaliśmy zapomocą miareczkowania rodanem potasu ilość ciał ksantynowych.

Prócz tego dla kontroli rozpuszczaliśmy osad siarczku srebra (który przy rozkładaniu soli srebra — metodą Salkowskiego i Ludwiga — przez siarczek kwaśny potasu otrzymujemy) w kwasie azotowym i miareczkowaliśmy podobnież rodanem. Mieliśmy zatem 1) wszystkie związki purynowe, obliczone ze srebra, zużytego na strącenie z moczu, 2) kwas moczowy, wydzielony i spalony na azot, 3) odsączone związki ksantynowe, oznaczone jako srebro. Dodajmy, że związki ksantynowe, oznaczone jako srebro wprost, dawały nam zawsze liczby mniejsze, niż obliczane z reszty, otrzymanej z ogólnego srebra i kwasu moczowego.

Oznaczanie amoniaku i amidokwasów wykonywaliśmy sposobem Sörensena starym, t. j.: w połowie przesączu oznaczaliśmy amoniak, a w drugiej miareczkowaliśmy amoniak i kwasy amidowe po nasyceniu formaliną.

Siarkę całą oznaczaliśmy przez spalanie kwasem azotowym i strącanie otrzymanego kwasu siarczanego chlorkiem barytu, siarczan barytu po wyżarzeniu i utlenieniu ważyliśmy, siarkę mineralną wprost z moczu, zakwaszonego kwasem solnym; siarkę związaną z fenolem po usunięciu siarczanów na zimno przez mieszaninę barytową i zagotowanie przesączu z kwasem solnym; wszystko wagowo.

Kwas fosforowy wszystek strącaliśmy w tejsamej porcyi moczu, z której oznaczyliśmy wszystką siarkę. W tym celu z przesączu, otrzymanego po strąceniu siarki, usuwaliśmy nadmiar barytu zapomocą kwasu siarczanego, a w nowym przesączu strącaliśmy fosforany mieszaniną magnezyową.

W drugiej porcyi moczu strącaliśmy fosforany mineralne po usunięciu wapna mieszaniną magnezyi.

Jeżeli od wszystkich fosforanów odejmiemy fosforany mineralne, otrzymamy fosfor organiczny, podobnie jak otrzymujemy siarkę organiczną, jeżeli od wszystkich siarczanów odejmiemy siarczany mineralne.

[1]) Embden, Griesbach, Schmitz. Zeitschr. f. physiol. Chem. T. 93 p. 1.

[2]) O. v. Fürth, Bioch. Zeitschr. T. 69 p. 199.

Wapno i magnezyę oznaczaliśmy zwykłymi sposobami, strącając szczawianem wapna, a w odsączu wydzielając magnezyę zapomocą nadmiaru amoniaku; chlorki sposobem Volharda, kreatyninę sposobem Folina, porównując barwę moczu, otrzymaną przez traktowanie 10 cm^3 moczu 15 cm^3 kwasu pikrynowego 12% i 5 cm^3 ługu sodowego 10%, z barwą n/2 dwuchromianu potasu.

Kwas mleczny wreszcie oznaczaliśmy poczęści metodą Fürtha, t. j. utlenialiśmy w rozczynie 1% kwasu siarczanego kwas mleczny do aldehydu, wypędzając jednocześnie aldehyd przez gotowanie. W destylacie, podzielonym na 3 części, związywaliśmy aldehyd 1/10 n kwaśnym podsiarczanem potasu $KHSO_3$, a nadmiar podsiarczanu miareczkowaliśmy 1/10 n. rozczynem jodu. Z moczu wydzielaliśmy kwas mleczny w następujący sposób: 500 cm^3 moczu zaprawiamy 2 cm^3 chlorku wapna, alkalizujemy amoniakiem, odsączamy; odsącz odparowujemy do gęstości syropu, mniej więcej 20 cm — 30 cm^3., zakwaszamy kwasem fosforowym, żeby kwas mleczny ze związku soli wapniowej uwolnić, mieszamy z gipsem palonym, aby wytworzyć plastyczną, prawie suchą masę, i masę tę wyciągamy eterem w przyrządzie Soxletha w ciągu 24 godzin (Schneyer. Bioch. Zeitsch. Tom 70 p. 294).

Historye choroby naszych chorych są następujące:

1. K. L. l. 19, zachorował 4/XI wśród objawów następujących: ból głowy, wymioty, gorączka, ogólne osłabienie, brak łaknienia; przyjęty na oddział 6/XI.

Stan obecny: Opryszczki na wargach, wybitna sztywność karku, źrenice szerokie, powolnie oddziałują na światło, przerywany ruch gałki ocznej, bolesność kręgosłupa, odczyn Lasègue dodatni, Kerniga dodatni, przeczulenie skóry na kończynach dolnych, odruch kolanowy i stopowy z prawej strony silniejszy, niż z lewej. Odruch Babińskiego z lewej strony dodatni. Nakłucie lędźwiowe dało płyn ropny, w którym znaleziono typowe meningokoki.

Przebieg: W ciągu 48 dni choroby, która się skończyła śmiercią, gorączka była nieprawidłowa o torze zwalniającym (remittens) i przerywanym (intermittens) z ciepłotą najwyższą 39·8 i ciepłotą zrana czasami prawidłową. Wychudnięcie następowało szybko i było bardzo znaczne. 16/XI porażenie prawego ramienia z podwyższeniem napięcia i wzmożeniem odruchów ścięgnowych i okostnych, prawa noga na wpół porażona. Odruch Babińskiego z obu stron dodatni, trudność przełykania, świszczący oddech, przyspieszenie tętna; karmienie płynami dość łatwe. Badania krtaniowych mięśni nie wykonano. Zmiany nerwu błędnego i dodatkowego utrzymały się do końca życia. Śmierć 21/XII. Sekcyi nie robiono.

Leczenie: Urotropina 2 gr. dziennie. 13 nakłuć lędźwiowych z następującem wstrzyknięciem surowicy 7, 8, 9, 10, 15, 16, 19, 21, 23, 25, 27, 29.XI, bez wstrzyknięcia surowicy 3, 8, 8, 10.XII.

Mocz z dnia 20/XI do 24/XI: N. 3.066%, amoniak 0.0504%, kwas moczowy i ciała ksantynowe 0.0756%, kwas moczowy 0.0504%, ciała ksantynowe same 0.0056%, siarka (jako SO^3) cała 0.2190%, siarka mineralna 0.1536%, siarka związana 0.0108% siarka organiczna 0.0664%. Fosfor cały 0.2379%, P_2O_5, fosforany min. 0.1152% miareczkowane uranem, wapno 0.0508% — CaO, magnezya 0.0161% — MgO, chlorki 0.232% jako NaCl, kreatynina 0.0025%, kwasu mlecznego nie znaleziono.

Mocz z dnia 27 — 29/XI: Azot 2.795%, amoniak 0.0234%, kwasy amid. 0.0068%, kwas moczowy i ciała ksantyn. 0.0572, kwas moczowy 0.0562, ciała ksantynowe same 0.0092, siarka cała 0.1476%, siarka mineralna 0.1146%, siarka związana 0.0115%, siarka organiczna 0.0330%, fosforany całe 0.1393%, fosforany mineralne 0.1106%, fosforany organiczne 0.0287%, wapno 0.0301%, magnezya 0.0174%, chlorki 0.1352%, kreatynina 0.0033%, kwas mleczny 0.0054%.

Mocz z dnia 18—19/XII: Azot 4.634%, amoniak 0.0208% kwasy amid. 0.0085%, siarka cała 0.4180%, fosfor cały 0.3620% wapno 0.0736, magnezya 0.0187, chlorki 0.2058, kreatynina 0.0050

2. K. A. lat 19., zachorował 22/XI wśród gorączki, wymiotów, bólu głowy.

Stan obecny: Drżenie oczu (nystagmus), opadnięcie lewej powieki, ciepł. 39.3, tętno 98. Wybitna sztywność karku, objawy Lasègue i Kerniga dodatnie, Mendla i Oppenheima ujemne. Odruchy z prawej silniejsze, niż z lewej. Brzuch wciągnięty.

Przebieg: Z początku wysoka gorączka zwalniająca, 38·5—40·7, trwała około 14 dni, potem przerywana (intermittens) z niskiemi ciepłotami rano. 9/XII szybko postępujące, porażenie prawej strony z motorycznem zaniemówieniem. Po ustąpieniu nieprzytomności 10/XII zupełne rozumienie słów, ale wymawianie słów bardzo ograniczone; chory mówi tylko »tak«, jako odpowiedź na wszystkie pytania. Czynny ruch prawego ramienia i nogi zniesiony, lekkie skurczenie mięśni, objawy motorycznego podrażnienia niewyraźne. Z prawej strony porażenie n. twarzowego, typowe mózgowe, zwracanie gałek ocznych na prawo mniejsze, niż na lewo. Zniesiony odruch rogówki z prawej strony. Odruch jądrowy i brzuszny z prawej strony zniesiony, odruch kolanowy z prawej silniejszy, niż z lewej, z prawej strony dodatnie objawy Babińskiego, Mendla, Bechterewa, Oppenheima, z lewej Babińskiego. Od 14—20/XII bez gorączki, od 21—24/XII gorączka do 38·3, od 25—30/XII bez gorączki. Porażenie zostaje bez zmiany, chory bardzo wychudł. Mowa bardzo utrudniona; chory mówi tylko »tak« i »nie«, — rozumie wszystko.

Leczenie: 2 g. urotropiny dziennie, nakłucia lędźwiowe z następnem wstrzyknięciem surowicy 22, 23, 25, 28/XI i 2, 4/XII, bez wstrzyknięcia surowicy 28/XII 31/XII.

Mocz z dnia 24—26/XII: Azot 2,144%, amoniak 0.025%, amidokwasy 0.010%, kwas moczowy i ciała ksantyn. 0.0478, kwas moczowy 0.0325, ciała ksantynowe 0.0109, siarka (jako SO^3) cała 0.1137%, siarka mineralna 0.1081%, siarka związ. 0.0141%, siarka organiczna 0.0056%, fosfor cały 0.1439% jako P_2O_5, wapno 0.0404% CaO, magnezya 0.0117% MgO., chlorki 0.3348% NaCl., kreatynina 0.0025%, kwas mleczny 0.0045%.

Mocz z dnia 27—30/XII: Azot 1.085, amonak 0.025%, amidokwasy 0.009%, kwas moczowy i ciała ksantynowe 0.0504, kwas moczowy 0.0404, ciała ksantynowe 0.0100, siarka (jako SO_3) 0.1224%, siarka mineralna 0.1177, siarka związana 0.0112, siarka organiczna 0.00477, fosfor (jako P_2O_5) cały 0.1447, fosfor mineralny 0.1324, fosfor organiczny 0.0123, wapno 0.0409 CaO, magnezya 0.0149 MgO, chlorki 0.4821 NaCl, kreatynina 0.0013, kwas mleczny 0.0047%.

Mocz z dnia 3—5/I; Azot 5.264%, kwas moczowy 0,0588%, wapno 0.0745, magnezya 0.0202, chlorki 0.2352, kwas mleczny 0.0129%.

Z zestawienia naszych liczb wynika, że przy raptownem wychudnięciu wydziela się z moczem bardzo dużo siarczanów i fosforanów zarówno w formie mineralnych związków kwasu fosforowego, jak i w formie organicznej siarki i fosforu.

Zarówno w pierwszym przypadku, który zakończył się śmiercią, jak i u drugiego chorego, który dotąd żyje i prawdopodobnie żyć będzie, wydzielenie fosforanów przewyższa wydzielanie siarczanów.

Siarka organiczna, szczególniej w pierwszym przypadku, jest ogromnie zwiększona, również fosfor organiczny w pierwszym, cięższym przypadku jest o wiele wyższy, niż w drugim.

Siarka organiczna	L. I	0.0664%	—	1. tydzień
	II	0.0330%	—	2. tydzień
	K. I	0.0056%	—	1. tydzień
	II	0.0047%	—	2. tydzień

Fosfor organiczny	L	0.0287%
	K.	0.0123%

Jeżeli uwzględnimy, że cyfry te są otrzymane z bardzo pewnych wagowych analiz i porównamy ich zgodność, to musimy im przyznać pewną siłę argumentu. Wynikałoby z tych cyfr, że ciężkość przypadku mierzyć się daje ilością organicznej siarki i fosforu. Gdyby tensam stosunek panował w późniejszym okresie choroby, to wobec coraz obfitszego wydzielania siarki i fosforu rozkład tkanek musiałby być jeszcze znaczniejszy i ilość organicznych związków siarki bardzo spora. Np. siarczany:

L. I	tydzień	0.21	II tydzień	0.14	III tydzień	0.41
K. I	„	0.11	II „	0.12	III	— —

Odpowiednio zachowuje się wapno i magnezya.

L I tydz. 0,0508	II tydz. 0,0301	III tydz. 0,0736	CaO
K I „ 0,0404	II „ 0,0409	III „ 0,0745	
L I „ 0,0161	II „ 0,0174	III „ 0,0187	MgO
K I „ 0,0117	II „ 0,0112	III „ 0,0202	

I tu widzimy nietylko niezwykłą prawidłowość w postępowaniu wydzielenia z postępem choroby, ale nawet zgodność wydzielanych ilości u dwóch różnych osobników, jak gdyby proces rozkładu bez względu na żywienie chorego wyługowywał pewne składniki ustroju.

Mniej wyraźne są liczby amoniaku, kwasów amidowych i kwasu moczowego.

L. I tydz. 0,0504 II tydz. 0,0234 III tydz. 0,0207
K. I „ 0,0250 II „ 0,0250

Kwasy amidowe L II 0.0068% L III 0,0085
K. I 0,0100 K II 0,0090

Kwas moczowy L I 0,0506 II 0,0562
K I 0,0325 II 0,0404 III 0,0588%

Zaznaczmy wszelako, że amoniak zdaje się opadać w ciągu przebiegu choroby, kwas zaś moczowy stale się wzmaga, jako dowód postępującego rozkładu jądrzastych komórek, — amidowe kwasy jako dowód postępującego zaniku czynności wątroby. Zmniejszanie się amoniaku mogłoby być zresztą skutkiem podawania urotropiny, która wpływa na zasadowość krwi, a temsamem i na tworzenie się amoniaku.

Chlorki wydzielały się w okresach, jak następuje.

L. I 0,232 II 0,135 III 0,205
K. I 0'334 II 0,482 III 0,235

Wielkiego znaczenia przypisywać im nie można, bo wskutek postępującego wycieńczenia część chlorków mogłaby zatrzymywać się w tkankach, jak zwykle przy wodnistości krwi (hydraemia).

Wydzielenie kreatyniny tak się przedstawia:

L. I 0,0025 II 0,0033 III 0,0050
K. I 0,0025 II 0,0013 III —

Wskazuje to w przypadku pierwszym, cięższym, na postępujący charakter sprawy i zgadza się z wydzieleniem kwasu moczowego.

Żeby wyrobić sobie pojęcie o ilości kwasu mlecznego, porównywaliśmy wydzielenie tego kwasu w durze z wysoką gorączką, w gruźlicy, w cukrzycy i u zdrowego, mlekiem i serem żywionego człowieka. Okazało się, że wydzielenie, stwierdzone w naszych przypadkach, znacznie przewyższa wydzielenia, spotykane w wymienionych chorobach, chociaż tam oczywiście pewien zanik tkanek odbywać się musiał.

Gruźlica 0,0044% kwasu mlecznego.
Dur 0,0046% (ciepłota 40°).
Cukrzyca 0,0027%.
Zdrowy 0,0048% (dyeta mleczna).
Zapalenie op. 0,0129%, (K. III okres).
Zapalenie op. 0,0054%, (L. II tydzień).

Nie mogliśmy niestety dla braku materyału przeprowadzić badania systematycznie. Oznaczaliśmy kwas mleczny w jednym przypadku w drugim okresie badania przy względnie dobrym stanie, a w następnym przypadku (K) w trzecim okresie, gdzie wychudzenie było bardzo znaczne. I tu szczególniej otrzymaliśmy dużą cyfrę — 0.0129%, która znacznie przewyższa cyfry, spotykane w innych chorobach. Ale nawet ta ilość kwasu mlecznego, którą u L. w II okresie widzimy — 0.0054%, jest dość znaczna i wskazuje, że przy zaniku mięśni kwas mleczny bezwarunkowo się powiększa.

Spostrzeżenie to stoi w związku z badaniami wspomnianych na początku autorów (Embden, Fürth, Lush i Mendel, Fletcher i Hopkins, Wagner i Forges itp.) i wykazuje, że zarówno czynność mięśni, jak ich zanik, doprowadzają do wydzielania kwasu mlecznego. Embden i jego szkoła otrzymywali przy wyciskaniu utartych mięśni kwas mleczny, przyczem spostrzegli różnicę między zachowaniem się mięśni gładkich i prążkowanych. Tylko prążkowane mięśnie, a więc mięśnie ruchów dowolnych, dawały kwas moczowy. Dla uzupełnienia naszych spostrzeżeń postanowiliśmy badać wydzielenie kwasu mlecznego przy zmęczeniu i w zależności od rodzaju odżywiania.

Podmiotowe wrażenia amputowanych

podał

Dr Adolf Klęsk,

szef oddziału chirurgicznego głównego szpitala rezerwowego w Krakowie.

Oddawna znaną jest rzeczą, że amputowani odczuwają po operacyi dokładnie utracone członki. Odnoszono to do projekcyi nerwowej, pamięci ruchów i t. p., nie zwracając jednak na tę sprawę większej uwagi. A jednak sprawa to niezmiernie ciekawa i dlatego mając na moim oddziale do rozporządzenia duży materyał tego rodzaju, zająłem się tą sprawą i zebrałem wiele ciekawych szczegółów.

Co najpierw uderza, to fakt, że kaleka z amputowaną kończyną górną czuje dokładnie długi czas swą straconą kończynę w pewnem ułożeniu, a jest to zwykle uczucie trzymania ręki na temblaku, o ile amputacyi dokonano wtórnie, lub też uczucie pewnych ruchów czy też ustawienia palców, jeżeli amputowano odrazu.

Tak n. p. podają chorzy, że czują doskonale, iż ruszają palcami, albo też, że palce mają rozstawione, albo na odwrót stulone.

Nierzadko odczuwają także dokładnie tętnienie krwi w ręce. Niektórzy odczuwają nawet szczególnie tkliwe miejsca, zwykle na dłoni. Wrażenia te występują zwykle wyraźniej podczas zimnego powietrza.

Zwykle w myśli chorego pozostaje to ułożenie kończyny, jakie miał bezpośrednio przed operacyą.

Bywają chorzy, którzy doskonale czują, że kończyna ich skraca się stopniowo. Wrażenia te mogą występować nietylko zaraz, ale także i w pewien czas po operacyi. Z początku n. p. chory czuje doskonale, że niema kończyny i dopiero w pewien czas zaczyna doznawać owych złudnych wrażeń. Zwykle czują chorzy najwyraźniej palce, rzadziej już ruchy ręki lub łokcia.

Przeważnie wrażenia te znikają w pół do jednego roku, zwłaszcza u tych, którym amputowano prawą kończynę, gdy wykształcą sobie lewą. Po amputacyi kończyny lewej utrzymują się nieraz długo.

Jeden z chorych moich, młody, 21-letni żołnierz, u którego w marcu 1915 dokonano wyłuszczenia barku, zaczął się po operacyi zaraz jąkać. W miarę jednak nauki pisania lewą ręką, jąkanie to ustępuje. Spostrzeżenie to odnieśćby można do hamującego działania nie działającego ośrodka kończyny górnej prawej (pismo) na ośrodek ruchowy mowy.

Niezmiernie często chorzy po amputacyi śnią długi czas jeszcze, że mają kończynę, że nią władają dobrze, bardzo natomiast wyjątkowo z początku śni się im, że kończyny już niema. Podobne sny spotkałem tylko u jednego, i to bardzo inteligentnego chorego.

Typowe są też wrażenia tych, u których amputowano kończynę dolną. Odczuwają oni doskonale palce, ruchy stopy, kolana, a często skarżą się na ból w pięcie. Nierzadko mają też wrażenia drętwienia palców, a nawet kurczu łydki.

Niektórzy mają wrażenie, że zakładają kolano na kolano. Wrażenia te występują zwykle wyraźniej przy zmianie powietrza.

Również i ci chorzy śnią często, że mają jeszcze kończynę, że na niej stoją, chodzą po ziemi, wstępują po schodach i jeżdżą konno. Jeden z chorych miewał sny tak wyraźne, że razu

pewnego po obudzeniu zszedł nawet z łóżka, zapomniawszy, że niema kończyny, i dopiero upadłszy na ziemię, przypomniał sobie swoje kalectwo. Sny te ustępują zwolna w miarę przyzwyczajania się do protezy.

Zaznaczyłem tutaj w krótkości te ciekawe fakta, które mogą stanowić ciekawy temat badań psychologicznych.

Wrażenia te dowodzą zarazem, że tak zwany obraz i pamięć ruchu są u człowieka bardzo wyraźne. U porażonych n. p. po przestrzeleniu nerwu znikają one zwykle, wracając nieraz potem po operacyi, n. p. zeszyciu nerwu, wcześniej, nim wystąpią próby ruchu dowolnego. Zachodzi tu jednak duża różnica. Kaleka po amputacyi czuje, że rusza palcami, choć wie, że ich niema, porażony zaś czuje, że ma palce, lecz nie może nimi poruszać. W pierwszym przypadku złudzenie jest tak silne, że kaleka niemal mu wierzy, w drugim zaś obserwacya kończyny hamuje owe wrażenia, prostując dosadnie mylne przypuszczenie.

Przychodzi jednak chwila, że chory taki zaczyna »czuć«, że ruch wykona, choć go jeszcze wykonać nie może. Przez wysiłek woli, ćwiczenia i t. p. zwykle wtedy w końcu zacznie chory poruszać daną grupą mięśni i ruch ten występuje nieraz na kilka tygodni, a nawet miesięcy wcześniej, nim powróci pobudliwość elektryczna.

Po amputacyi zjawiają się czasem i inne wrażenia nerwowe, które Gubber zalicza do t. zw. »ech bólu« [1]. N. p. Weir-Mitchell spostrzegał w jednym przypadku silne bóle w kikucie lewego ramienia przy każdorazowem ziewnięciu. Richet wspomina o chorym, cierpiącym na zapalenie cewki i pęcherza, u którego równocześnie musiano odjąć ramię lewe. Przy oddawaniu moczu, prócz bólów w cewce, doznawał ten chory zawsze strasznych bólów w kikucie amputacyjnym. Podobne omamy bólowe spotykamy często także przy uszkodzeniach nerwów, o czem wspomnę na innem miejscu.

Zebranie podmiotowych wrażeń u kalek po amputacyi może dostarczyć wielu ciekawych i nowych faktów i dlatego też zachęcam gorąco do tego, co wobec ogromnego materyału obecnie jest łatwą rzeczą.

W sprawie oddziału kiłowoskórnego w szpitalu lwowskim i zwalczania chorób wenerycznych w kraju

napisał

Dr Jan Lenartowicz,

prymaryusz oddziału kiłowoskórnego dla kobiet we Lwowie.

(Memoryał przedłożony Wydziałowi krajowemu w lutym 1916).

Oddział kiłowoskórny dla kobiet w kraj. szpitalu powszechnym we Lwowie już oddawna wymagał gruntownego zreformowania, jako nieodpowiadający dostatecznie swemu celowi, tak ze względu na ilość łóżek, jakoteż ze względu na kardynalne braki co do miejsca, wadliwego rozkładu ubikacyi i niedostatecznych urządzeń wewnętrznych. Większość tych braków wytknąłem już raz w memoryale swym w roku 1912, kiedy to z okazyi akcyi prymaryuszów szpitala krakowskiego i lwowskiego, żądającej rozszerzenia tychże szpitali, każdy z prymaryuszów podał na piśmie braki swego oddziału i przedstawiał wnioski w sprawie jaknajrychlejszego ich usunięcia.

W memoryale ówczesnym dość obszernie wykazałem na podstawie prostego rachunku, że nietylko ilość ubikacyi jest, jak na owe już czasy, zgoła niewystarczającą, ale co więcej, łóżka na poszczególnych salach tak gęsto obok siebie pomieszczone, że ani na jednej sali nie było łóżka, któreby zajmowało prawami higieny przepisaną przestrzeń 8 m², natomiast były i są do dziś sale, w których na jedno łóżko wypada zaledwie $2^{1}/_{2}$ m² do 3·6 m². W tymże memoryale wykazałem, jak iluzoryczną jest w podobnych warunkach możność należytego oddzielenia chorób wenerycznych od skórnych, chronienie chorych przed przypadkowem zakażeniem, oddzielanie prostytutek od chorych, nic wspólnego z prostytucyą nie mających, lub choćby od niewinnych dzieci, narażonych na demoralizujący wpływ otoczenia jedynie dlatego, że z braku miejsca na racyonalny podział nigdy nie było można sobie pozwolić. Braki przy niewielkiej stosunkowo liczbie chorych były już wówczas tak rażące, że nawet nielekarzowi rzucały się wprost w oczy i nie wymagały żadnego większego trudu, żadnych specyalnych obliczeń do do ich wykazania. Dziś, po trzech latach, po raz drugi mam sposobność zabrać głos na tensam temat, wśród tych samych, a przecie stokroć gorszych warunków. Co się zmieniło na gorsze, a co na lepsze, niech wykażą daty statystyczne. Od roku 1910 aż po pierwsze dni września 1915 leczono na 89 łóżkach oddziału kiłowoskórnego kobiet:

W roku	wenerycznych	skórnych	razem	Liczba dni leczenia chor. wen.
1910	708	524	1232	
1911	676	530	1206	
1912	631	628	1259	
1913	733	670	1403	20342
1914	711	664	1375	
1915 1. IX.	966	465	1435	51629
1915 31. XII.	1656	684	2340	

Zestawienie to aż nadto wymownie wykazuje, jak »odpowiednio« przystosowany był oddział kiłowoskórny kobiet szpitala powszechnego we Lwowie do pomieszczenia wzrosłej nagle liczby chorych kiłowoskórnych. Prawda, że wzrost ten powstał nagle, prawda, że wzrost ten wywołany został niezwykłymi warunkami, bo klęską toczącej się obecnie wojny, ale też ten oddział już i za czasów pokojowych celowi swojemu nie odpowiadał, choćby ze względu na samą szczupłość miejsca i zły rozkład ubikacyi. Gdy do pierwszych dni września 1914 r. na tejsamej liczbie 89 łóżek mieszczono w tymże roku 980 chorych kiłowych i skórnych, to w roku 1915 w tym samym okresie na tej samej liczbie 89 łóżek musiano pomieścić 1431 chorych kiłowoskórnych.

A nadwyżka ta w chorych, które musiały być mimo braku miejsca przyjmowane i leczone, przypada jedynie na chore kiłowe, bo gdy w roku 1914 do 1. września leczono samych wenerycznych 536, to w r. 1915 w tymże okresie czasu, a więc do 1. września, leczono samych wenerycznych aż 996, a więc o 430 więcej, niż wogóle normalnie pomieścić było można. Niemal dwukrotnie większą liczbę chorych wenerycznych musiano leczyć na tej samej, nigdy nie wystarczającej liczbie łóżek. Doprawdy, zestawienia statystyczne wprawiają mnie samego w podziw, że coś podobnego przetrwać było można, i to przetrwać przy zmniejszonej liczbie lekarzy. Oddział rósł i pęczniał z każdym dniem, chore poczęły się buntować, nie mogąc dłużej ścierpieć okropnych warunków, trzeba było pomyśleć natychmiast o rozszerzeniu oddziału, choćby kosztem zmniejszenia i zwinięcia innych, równie potrzebnych oddziałów. Dobierane co jakiś czas sale z innych oddziałów, uszczuplanych i ścieśnianych, pomijając już niewygodę ich rozrzucenia, okazały się już niewystarczające, zwłaszcza, że nadsyłano nam do przymusowego leczenia chore wenerycznie nietylko ze Lwowa, ale z rozmaitych stron Galicyi, a nawet z okupowanych części Królestwa Polskiego. W Brodach ewakuowano oddział chorych wenerycznych i w jednym dniu dostawiono na nasz oddział 25 kobiet wenerycznych do przymusowego leczenia. Średnia liczba chorych dzienna wahała się w sierpniu 1915 między 230 a 250, gdy po inne lata z racyi prac w polu utrzymywała się na wysokości 60 do 70, nigdy tej cyfry nie przekraczając.

Stan, wyżej opisany, skłonił Dyrekcyę szpitala do szukania nowego pomieszczenia dla tak gwałtownie wzrastającego oddziału. W miarę sił i możności zapobiegano złemu i stworzono »paliatyw«, który z konieczności trzeba tolerować, ale który bynajmniej nie odpowiada celowi, a jest tylko stanem przymusowym, chciejmy wierzyć przejściowym, o ile Rząd zechce przyjść z pomocą, tak jak przyobiecuje. Dawny oddział kiłowoskórny kobiet, wymagający koniecznie powiększenia, a liczący 89 łóżek, przerobiono i zaadaptowano dla pomieszczenia oddziału wewnętrznego mężczyzn, a liczbę 250 chorych kiłowoskórnych kobiet rozmieszczono na 2 obszerniejszych oddziałach: na dawnym oddziale wewnętrznym mężczyzn i na zmniejszonym co do liczby chorych oddziale kiłowoskórnym męskim. Zyskano przez to sztucznie, prostem zepchaniem nadmiernej liczby łóżek, »pomieszczenie« dla 250 chorych (czytaj 250, 270, 300 i więcej, gdyby taka ilość chorych wymagała szpitalnego leczenia). Zwinięto zupełnie oddział nerwowo chorych dla kobiet i utknięto przed faktem, że już dalej kosztem ofiar innych oddziałów rozprzestrzeniać się nie można. Można i trzeba w miarę potrzeby wzrastać w liczbę chorych, wymagających przyjęcia, ale nie można

[1]) Obacz: Klęsk: Studyum bólu fizycznego. Przegląd lek. 1905.

już nawet marzyć o zyskaniu dalszego wzrostu potrzebnych ku temu ubikacyi i łóżek. A jednak paliatyw, jaki stworzono, był konieczny i był rajem wobec dawnego pomieszczenia. Że był konieczny, wskazuje fakt, że już we wrześniu na 230 nowo uzyskanych łóżkach pomieszczono nawet 275 chorych wenerycznoskórnych. I nie był to stan jakiś przypadkowy, jakiś wzrost chwilowy, bo jeśli wglądniemy w statystykę, to znów przekonamy się, że powiększenie oddziału kiłowoskórnego kobiet było naglącą i niezbędną koniecznością.« Od września bowiem do końca grudna pomienionego 1915 roku leczono samych wenerycznych na nowo kreowanym oddziale okrągło 690, czyli w 4 miesiącach tyle, albo i więcej, co w latach przedwojennych przez rok cały.

Przypatrzmy się dniom leczenia i dla przykładu zestawmy daty z r. 1913 z datami statystycznemi r. 1915 co do wenerycznie chorych, a otrzymamy wprost potworne różnice. Gdy w r. 1913 na 89 łóżkach dla wenerycznych i skórnych leczono samych wenerycznych średnio dziennie 55·6, to w r. 1915 leczono samych wenerycznych średnio dziennie aż 141·4, a więc liczbę niemal trzykrotnie większą. W r. 1913 ogólna roczna liczba dni leczenia 733 chorych wenerycznych wynosiła 20.342 dni, w r. 1915 natomiast 1656 chorych wenerycznych potrzebowało 51.629 dni leczenia. A że mimo okropnych warunków pomieszczenia, mimo stałego przepełnienia oddziału, mimo braku sił lekarskich (prymaryusz i jeden tylko sekundaryusz), nie ułatwialiśmy sobie pracy zbyt wczesnem wypuszczaniem chorych z oddziału, nad miarę przepełnionego, że istotnie przetrzymywaliśmy chore mimo wszystko aż do chwili ich istotnego i zupełnego wyleczenia, niech zaświadczą cyfry średnie dni leczenia dla wenerycznych z r. 1913 i z r. 1915. Gdy w r. 1913 średnia liczba dni leczenia dla wenerycznych wynosiła 27·7 dni, to w r. 1915 aż 31·1. Ta zwyżka 3·4 średnio dni leczenia w r. 1915 nie tłómaczy się gorszą opieką lekarską nad choremi, zaniedbywaniem wykonywania zabiegów leczniczych, ale jedynie ciężkiemi zmianami chorobowemi, częstemi powikłaniami; a co najważniejsze, ogromną ilością wrzodów miękkich w okolicy odbytnicy, trudnych do gojenia i wymagających dłuższego czasu leczenia. Gdyby nawet zwyżkę dni leczenia tłómaczyć gorszą opieką nad choremi, to i to jeszcze możnaby brać na karb z m n i e j s z o n e j liczby lekarzy. To też przy reformie i powiększeniu oddziału winno się bezwarunkowo pamiętać o pomnożeniu sił lekarskich oddziału.

Jeżeli cyfry te, zaczerpnięte nie z fantazyi, ale z aktów szpitalnych, weźmie się pod nieuprzedzoną rozwagę, jeśli się zważy te zmagania między brakiem pomieszczenia a ilością chorych, wymagających w interesie kraju i państwa bezwarunkowo i koniecznie leczenia, to chyba o brak dobrej woli, o brak starań w celu zwalczania chorób wenerycznych, — ani krajowego szpitala powszechnego we Lwowie, ani kraju posądzić nie można. Krajowy szpital powszechny we Lwowie, a z nim kraj, w interesie dobra publicznego, w interesie armii, w interesie społeczeństwa i zdrowotności przyszłych pokoleń zdziałał wszystko, co mógł wśród najtrudniejszych warunków zdziałać na tem polu, w każdym razie więcej, niż Rząd, który do tej pory, o ile mnie przynajmniej wiadomo, na tem przynajmniej polu ani halerzem nie przyszedł krajowi z pomocą. Już w początkach września 1915 r. zrobił samorzutnie i bez najmniejszego przyczynienia się ze strony Rządu, nawet bez jego poleceń, szpital powszechny we Lwowie to, do czego dopiero okólnikiem z dnia 28. grudnia 1915 L. VII b. 149.352 wzywa c. k. Namiestnictwo, żądając »o ile możności jak najrychlej przedłożenia właściwych swoich wniosków i zapatrywań w powyższej doniosłej dla ogółu sprawie«.

Okólnik ten wita szpital krajowy powszechny we Lwowie, jako akt dobrej woli ze strony Rządu, i wierzy, że Rząd energicznie i wydatnie przyjdzie krajowi z pomocą na polu racyonalnego zwalczania chorób wenerycznych. A pomoc Rządu jest konieczna, bo wzrost chorób wenerycznych zastraszające przybiera rozmiary, bo walcząc z niemi dotąd bez przyczynienia się Rządu, walczymy ostatkami i gdyby przyszło w takich, jak dotąd warunkach dalej pracować, gdy wyniki pracy nie będą owocne, nie naszą będzie winą. Z wiarą w lepszy wynik walki z chorobami wenerycznemi wita szpital powszechny we Lwowie reskrypt Ministerstwa spraw wewnętrznych z 5. listopada 1915 l. 15.357/S, w którym powiedziano, że »równocześnie zastrzegło sobie Ministerstwo każdorazowe przyznanie zasiłków państwowych na urządzenie podobnych zakładów« (rozszerzenie istniejących przy szpitalach oddziałów dla kobiet, dotkniętych chorobami płciowemi). Jedynie ta wiara w przyrzeczenie Ministerstwa spraw wewnętrznych, jako też polecenia Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 7. listopada 1915 L. 15.180/S, mówiące wyraźnie: »Diese Mitwirkung darf sich aber nicht auf die blosse Hinausgabe von Weisungen und Erlässen beschränken, Aufgabe der Behörden ist es vielmehr, ihr wachsames Augenmerk darauf zu richten, dass die als richtig anerkannten Verfügungen auch tatsächlich eingehalten werden«, podtrzymuje w nas przekonanie, że akcya zwalczania chorób wenerycznych nie pozostanie akcyą na papierze, ale że Namiestnictwo, po przedłożeniu odpowiednich wniosków przez Wydział krajowy, uzyska u Rządu potrzebne na ten cel fundusze i istotnie pomoże, ażeby »uznane za konieczne zarządzenia« jak najrychlej w czyn wprowadzić.

Zwalczanie chorób wenerycznych w Galicyi przy pomocy krajowych szpitali wyobrażam sobie w ten sposób, że osoby wenerycznie chore, a oddające się prostytucyi jawnej i tajnej, będą przymusowo odstawiane do szpitali i tak długo w nich przymusowo leczone, póki wszelkie choćby najdrobniejsze objawy chorobowe doszczętnie nie ustąpią. Osoby takie, prostytutki jawne i tajne, muszą pozostawać pod kontrolą policyjną i przy dostrzeżeniu jakichkolwiek najdrobniejszych zmian, być dostawiane natychmiast do leczenia szpitalnego. Wszelkie ambulatoryjne leczenie wenerycznie chorych prostytutek jawnych, czy tajnych, jakoteż osób, co do których istnieje uzasadnione przypuszczenie, że ambulatoryjne leczenie będą zaniedbywać, uważałbym za niedopuszczalne, a w każdym razie za niedostateczne. Jedynie internowanie chorych wenerycznie daje gwarancyę, że chore takie nie będą źródłem nowych zakażeń. Urządzanie, choćby bezpłatnych, ambulatoryów i bezpłatne wydawanie leków dla wenerycznych ubogich jest tylko półśrodkiem w zwalczaniu chorób wenerycznych, półśrodkiem dlatego, że leczy się chorego lub chorą bez możliwości kontroli nad tem, czy ten chory lub chora, lecząc się ambulatoryjnie, w ciągu samego leczenia nie zakaża choćby swojego najbliższego otoczenia w domu, czy przestrzega zleceń lekarskich i wstrzymuje się od obcowania płciowego. Leczenie ambulatoryjne ma jeszcze i tę złą stronę, że skierowuje pewną grupę, zwłaszcza prostytutek tajnych, do ambulatoryów, zamiast do szpitali i zamiast internowania, choćby dobrowolnego, szpitalnego, pozostawia tym osobom aż za wiele swobody i sposobności do rozszerzania choroby. Jeśli nie będzie ambulatoryów bezpłatnych i bezpłatnego rozdawnictwa leków, pewna pokaźna liczba z tych osób, któreby chciały korzystać z bezpłatnych i aż nadto wygodnych wizyt ambulatoryjnych, będzie zmuszona prosić o przyjęcie do szpitala, a temsamem będzie się dobrowolnie internować. Chore takie, w chwili zgłoszenia się do szpitala, jako samozgłaszające się mogłyby podpisać rewers, że obowiązują się zostać w szpitalu aż do zupełnego wyleczenia i że w razie przedwczesnego opuszczenia szpitala upoważniają szpital do doniesienia o nich policyi, jako o chorych, mogących zakażać. Takim chorym jednak, które się same zgłaszają, choćby niemi były nawet prostytutki tajne, trzeba przyznać pewne beneficya szpitalne, jak n. p. oddzielenie ich od prostytutek jawnych, wygodniejsze sale, lepszy wikt, wogóle odsunięcie od nich możliwie daleko całej tej mizeryi szpitalnej, która od szpitala nawet dobrowolnie zgłaszających się, odstrasza. Osobno powinny być pomieszczone dobrowolnie zgłaszające się mężatki, nieletnie dziewczęta, lub dzieci, bo nie może im być miłe towarzystwo zwyrodniałych często prostytutek. Nikomu z wenerycznie chorych, zgłaszających się dobrowolnie do leczenia szpitalnego, nie wolno odmówić przyjęcia ze względu na brak pomieszczenia, owszem oddziały powinny być obliczone na jaknajwiększą liczbę chorych, z możliwie wygodnem dla nich pomieszczeniem, z urządzeniem klasy II, a nawet I. Ważnem jest ścisłe przestrzeganie tajemnicy lekarskiej co do chorych, zgłaszających się dobrowolnie, bo często obawa przed ujawnieniem tajemnicy wstrzymuje te chore od wstąpienia do szpitala.

Jak przygotować szpitale krajowe, a względnie oddziały weneryczne, przy nich istniejące, do planowej akcyi zwalczania chorób wenerycznych, których nadmierny wzrost w czasie toczącej się wojny i (nie tajmy prawdy przed sobą) na długo po jej ukończeniu wymaga i dziś na najbliższe następne lata szczególnych wysiłków ze strony szpitalnictwa krajowego? Odpowiedź prosta; przygotować je jak najlepiej, urządzić je według nowoczesnych wymogów i sztuki lekarskiej i potrzeb społecznych. Przy urządzaniu zaś nie trzymać się zasady taniości, jako jedynej wytycznej i zasady tymczasowości, urządzania na razie i na prędce, ale przyjmując oszczędność, jako rzecz konieczną, oszczędnie stworzyć rzeczy ile możności wzorowe i dobre. Na pierwszy plan wysuwa się pytanie, co lepiej, czy stworzyć dużą ilość małych oddziałów wenerycznoskórnych, rozrzuconych po rozmaitych punktach kraju, t. j. przy każdym istniejącym szpitalu prowincyonalnym, czy też stwarzać większe i dobrze wyposażone oddziały w większych miastach, centralizując ile możności

akcyę w kilku ogniskach. Zdaje mi się, że lepiej dążyć do centralizacyi, a to z wielu powodów. Większe miasta, jako centra naukowe, rozporządzają większą liczbą lekarzy specyalistów, mają lepiej rozwiniętą i zorganizowaną służbę policyjnosanitarną, są w czasie pokoju, a śmiem twierdzić, i w czasie wojny, największemi źródliskami zakażeń wenerycznych, są jakby centrami, z których zakażenie w coraz szersze rozlewa się kręgi, a więc tu przedewszystkiem powinny być budowane twierdze ochronne przeciw szkodliwym skutkom prostytucyi. Oddziały weneryczno-skórne, choćby najlepiej urządzone, przy szpitalach prowincyonalnych są dla tych szpitali zawsze balastem, są koniecznem złem, któremu ani dość czasu, ani dość uwagi przy innych bardziej naglących sprawach lekarskich poświęcić nie można. Dodajmy do tego, że oddziały te są źle urządzone, że nie leczą w nich specyaliści, bo żaden specyalista ze swej specyalności na prowincyi wyżyć nie może i do prowincyi się nie garnie, a spostrzeżemy, że oddziały weneryczne na prowincyi nie mają racyi bytu, przynajmniej w dzisiejszych czasach, a jeśliby je stworzono »ad hoc«, nie mogłyby z wielu względów odpowiedzieć należycie swemu zadaniu. Od chorych przysyłanych z prowincyi nierzadko dowiadywałem się, że wizyta na oddziale kiłowoskórnym odbywa się dorywczo, nieregularnie, czasem zaledwie dwa do trzy razy w tygodniu. W Przemyślu n. p do r. 1906 oddział kiłowoskórny męski miał pod swoją opieką okulista, weneryczny żeński miał pod opieką ginekolog, obaj bardzo tęgzy specyaliści, ale tylko w swoim dziale. A przecież Przemyśl nie jest bynajmniej miastem, w którem leczenie chorób wenerycznych mogłoby być rzeczą obojętną.

Za centralizacyą przemawia także ta okoliczność, że centralizacya ułatwia sprężystość stosowania przepisów w sprawie zwalczania prostytucyi. Opracowany przez c. i k. Komendę armii nowy, obowiązujący już dziś regulamin dla prostytucyi wprowadza szereg zarządzeń, których ścisłe i sumienne przestrzegaganie z pewnością łatwiej w praktyce da się przeprowadzić przy centralizacyi ognisk, zwalczających niebezpieczeństwo prostytucyi, niż przy ich rozproszeniu. Gdyby ten regulamin prostytucyi, zawierający szereg doniosłych i z pewnością koniecznością podyktowanych przepisów, można stosować z całą ścisłością (a do tego bezwarunkowo dążyć należy), niebezpieczeństwo chorób wenerycznych i ich rozszerzanie się z pewnością zmaleje. Stosować zaś będzie można w praktyce przepisy owego regulaminu, zdaniem mojem, łatwiej przy centralizacyi, przy współdziałaniu ognisk centralnych z centralnemi, niż przez rozproszone instancye. Najważniejszym z owego regulaminu i zdaniem mojem najdonioślejszym w zwalczaniu chorób wenerycznych jest przepis, wymagający stałego współdziałania organów policyjnosanitarnych ze szpitalami, jako z miejscami jedynego racyonalnego leczenia chorób wenerycznych. Według tego przepisu »curriculum vitae« czy »imago sanitatis« każdej jawnej czy tajnej prostytutki, wpisywane skrzętnie przez lekarzy policyjnych i lekarzy szpitalnych, ma wędrować, iść za prostytutką wszędzie, jak jej cień, i każdorazowo dawać lekarzowi pewny wgląd, w jakim okresie choroby dana prostytutka się znajduje. Przepis ten idzie tak daleko, że wymaga, aby chore weneryczne odstawiano ile możności zawsze do tych szpitali, gdzie zaczęły leczenie, a tylko w razie nadzwyczajnych przeszkód do innego szpitala. Jest więc wyraźne nawoływanie do ścisłego współdziałania szpitali z władzami policyjnosanitarnemi. Na konieczność współdziałania szpitali z władzami policyjnosanitarnemi, co więcej, na konieczność prowadzenia wspomnianego wyżej »imago sanitatis« w tym duchu, jak go dziś wprowadza nowy regulamin, zwracałem uwagę w lutym r. 1910 na posiedzeniu Kraj. Rady zdrowia, zwołanem umyślnie dla tej sprawy. Również podnosiłem wówczas konieczność wprowadzenia w biurach policyjnosanitarnych kosztem państwa takich urządzeń (mikroskopów podręcznych, pracowni), któreby pozwalały lekarzom na posługiwanie się nowszemi metodami badania. Dziś postulaty te reskryptem Ministerstwa spraw wewnętrznych (Oest. Sanitätswesen 1915 Nr 43/48 str. 1561) mają być w czyn wprowadzone i praktycznie zastosowane. Wydaje mi się jednak ta rzecz daleko łatwiejszą do przeprowadzenia przy centralizacyi, a więc w miastach większych, jako w ogniskach nauki, w miastach zasobnych w specyalistów, niż na prowincyi. Te, powyżej wyłuszczone, a może i inne jeszcze względy, których w krótkim memoryale dość obszernie omówić nie można, skłaniają mnie do przypuszczenia, że przy zwalczaniu chorób wenerycznych należy akcyę o ile możności scentralizować, a nie rozpraszać. Przy centralizacyi akcyi, mającej zwalczać choroby weneryczne, łatwiej będzie, zdaje mi się, wprowadzić też pewne urządzenia, mające na celu kwestye społeczne, jak n. p. poruszone w okólnikach Namiestnictwa roztoczenie opieki nad pozbawionemi pracy lub przytułku kobietami, tworzenie takich przytułków i domów pracy dla chorych płciowo kobiet i t. p.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna. Epidemiologia. Higiena społeczna.

Epidemia gorączki powrotnej w Krakowie w r. 1878 miała swój wyraz także we współczesnem piśmiennictwie lekarskiem, i to poważny. W tym względzie musimy sprostować artykuł kol. T. Mączki (ogłoszony w Nr 12 »Przeglądu lekarskiego« r. b.), aby uchylić przypuszczenie, jakoby ówczesne pokolenie lekarzy tę nieczęstą, a rozległą epidemię pominęło milczeniem i nie wyzyskało dla nauki. Mianowicie wyszły w r. 1878 o krakowskiej epidemii następujące rozprawy: Dr Augusta Kwaśnickiego: »Gorączka powrotna wieku dziecięcego« (w »Przeglądzie lek.«), Lutostańskiego: »Uwagi i wnioski z powodu panującej gorączki powrotnej« (w »Dwutygodniku med. publ.«), nadto Warschauera: »List z Krakowa o gorączce powrotnej« i anonimowy artykuł »Dur powrotny w Krakowie« (w »Przeglądzie lek.«). W Towarzystwie zaś lekarskiem krakowskiem odbył się wykład prof. Browicza i Ponikły: »O tyfusie powrotnym w Krakowie«, a po nim obszerna dyskusya (ob. »Przegląd lek.« 1878). — Stwierdziliśmy także, że ówczesny redaktor »Przeglądu lekarskiego«, prof. Blumenstok, starał się usilnie o publikacyę materyału epidemiologicznego ze szpitala św. Łazarza, jednakże bez wyniku.
Redakcya.

Polskie Towarzystwo medycyny społecznej w Warszawie nadesłało nam następujący komunikat:

Grono lekarzy, skupione w wyborczym Komitecie demokratycznym lekarskim, postanowiło, po dokonaniu wyborów do Rady miejskiej, nie rozwiązywać się, lecz stworzyć zrzeszenie ściślejsze, któreby odnowiło tradycyę zamkniętego w roku 1906 »Związku lekarzy polskich« i podjęło zadanie pracy twórczej nad rozwojem naszej kultury demokratycznej w zakresie lekarskim. W ten sposób powstało Polskie Towarzystwo medycyny społecznej.

Zgodnie z założeniem obmyślono organizacyę tak, ażeby zrzeszeniu najbardziej pracę ułatwić i zapewnić największą tej pracy wydajność. Wysunięto na czoło szereg zadań najpilniejszych w zakresie medycyny i higieny społecznej, na których urzeczywistnienie społeczeństwo nasze czeka oddawna.

Powstały komisye dla opracowania każdego z tych zagadnień i stworzono z nich oddzielne organizacyjne Towarzystwa. W ten sposób jednostkami składowemi nowego zrzeszenia nie są właściwie członkowie oddzielni, lecz zbiorowiska członków, skupione około jakiegoś zagadnienia konkretnego. Komisye posiadają własne ośrodki organizacyjne, zarządy, czuwające nad biegiem prac komisyi i za nie odpowiedzialne; przewodniczący komisyi wchodzą do Zarządu ogólnego, jako jego członkowie, stwarzając w ten sposób łącznik pomiędzy komisyami, a Zarządem. Ten typ zrzeszenia, nieco odmienny od zwykle praktykowanych w instytucyach tego rodzaju, wydawał się organizatorom najodpowiedniejszy w stosunku do zadań, jakie sobie postawili.

Członkowie winni uczestniczyć w pracach przynajmniej w jednej z istniejących komisyi; t. zw. członkowie martwi, t. j. opłacający składki, lecz nie uczestniczący czynnie w pracach Towarzystwa, są uważani za zbytecznych.

Jak dotychczas, ukonstytuowały się następujące komisye: 1) szpitalnictwa, 2) opieki nad psychicznie chorymi, 3) opieki nad młodzieżą, 4) zawodowo lekarska, 5) medycyny wojennej, 6) zdrowotności publicznej, obejmująca podkomisye: a) walki z chorobami wenerycznemi, b) walki z chorobami zakaźnemi i gruźlicą, c) walki z alkoholizmem, d) walki ze ślepotą, e) inspekcyi pracy fabrycznej, f) urządzeń sanitarnych.

Najbliższe zagadnienia, które, opracowane przez komisye oddzielne, wniesione zostaną na porządek dzienny zebrań dyskusyjnych i posłużą za podstawę do opracowania memoryałów

w celu przedstawienia ich władzom samorządowym, co stanowi jedno z naczelnych zadań Towarzystwa, są następujące: Sprawa reorganizacyi przychodni szpitalnych, sprawa leczenia gruźliczych na ogólnych oddziałach szpitalnych, sprawa braku oddziałów dla nerwowo chorych w szpitalach warszawskich, sprawa braku oddziałów dla chorych laryngologicznych, sprawa ustawy szpitalnej, potrzeby psychiatryczne Warszawy, organizacya opieki higieniczno-lekarskiej w początkowych szkołach miejskich, walka z chorobami zakaźnemi w szkole, sprawa utworzenia Izby lekarskiej u nas, sprawa ubezpieczenia lekarzy na wypadek śmierci i niezdolności do pracy, ułożenie formularza i instrukcyi badań popisowych, program wykładów dla sanitaryuszów armii polskiej, kontrola produktów spożywczych u nas i w Europie zachodniej, stan współczesny lecznictwa i walki z chorobami wenerycznemi w Warszawie, sprawa mieszkaniowa.

Dnia 30. sierpnia odbyło się zebranie dyskusyjne na temat: »Śmiertelność dzieci u nas« (referent Dr Szenajch), które dostarczyło materyału do memoryału, wniesionego przez Towarzystwo do Zarządu miasta.

Zarząd Towarzystwa tworzą: R. Radziwiłłowicz (przewodniczący), Z. Kramsztyk (zastępca przewodniczącego), W. Knappe (sekretarz), K. Pawlikowski (skarbnik), M. Bornsztajn, W. Szenajch, J. Szmurło i L. Wernic (członkowie), oraz przewodniczący komisyi: Koral, Małynicz, Szokalski, Zakrzewski i Zapasiewicz. Składka członkowska wynosi rubli sześć rocznie.

W sprawie t. zw. grzybka japońskiego otrzymujemy następujące uwagi:

»Z Warszawy dostał się w roku 1914 do Krakowa, t. zw. »grzybek japoński«. Od wiosny tego roku rozpowszechnia się, coraz bardziej jego użycie w Galicyi. Rozdawany »z życzliwości« z domu do domu, zjednywa sobie rozgłos wielkiej skuteczności w cierpieniach przewodu pokarmowego, pęcherza moczowego, nerek i w zboczeniach przemiany materyi. Dotąd nikt się nim u nas naukowo nie zajął, nie zbadał i nie orzekł, co to za grzybek, czy to środek pomocny, na co, jak i kiedy, — czy może szkodliwy. Nasi przyrodoznawcy i biologowie powinniby się tem zająć i ten grzybek japoński, bardzo już rozgłośny, jeśli pożyteczny, zaliczyć do środków leczniczych, a w przeciwnym razie umiejętnie go potępić i z użycia raz na zawsze wyrugować. Rozprawa z tym środkiem, uprzedzam, nie będzie tak łatwa. Ma on już wśród publiczności swoją sławę i rozszerzony jest znacznie. W Krakowie sprzedają go w mleczarni »Laktol« przy ul. Karmelickiej 15, gdzie wyrabiają też »kwasek japoński« t. j. herbatę słodzoną cukrem, w której grzybek japoński moczy się przez całą dobę. Taki nastój herbaciany zalecają, jako lekarstwo, w ilości jednej szklanki, wypijanej na noc. Nastój zalecają zmieniać po każdej dobie świeżą herbatą, zawsze osłodzoną. Nie odświeżany przechodzi prędko w ocet. Grzybek japoński przy regularnej zmianie herbaty, co 24 godzin, rozrasta się widocznie, tworząc masę na pół zbitą, galaretowatą, dość gładką, zwykle płaską, szaro-ciemną. Dr Tomasz Mączka«.

W sprawie sprowadzania przyrządów i narzędzi lekarskich z Niemiec zawiadamia Ministerstwo spraw wewnętrznych (4227/5 z 19. IV. 1916), że lekarze praktykujący i zakłady lecznicze, potrzebujący fabrykatów, zawierających gumę, nikiel, glin (aluminium) lub antymon, o ile ich w Austryi dostać nie można, muszą starać się o pozwolenie wywozu z Niemiec za pośrednictwem Ministerstwa spraw wewnętrznych, używając do tego przepisanych formularzy.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Frekwencya na wydziałach lekarskich w półroczu letniem 1916 wynosiła: w Krakowie 205 słuchaczy i 79 słuchaczek zwyczajnych, 1 słuchacz nadzwyczajny i 3 hospitantki, razem 288; we Lwowie 139 słuchaczy i 104 słuchaczki zwyczajne, razem 243. (Liczbę zapisanych w Warszawie podaliśmy już dawniej).

— W d. 20. września b. r. odbyło się w Krakowie w »Domu lekarskim« pierwsze posiedzenie utworzonego przez Namiestnictwo »Krajowego Komitetu zwalczania chorób płciowych« pod przewodnictwem prof. Dr Łukasiewicza ze Lwowa. Przedmiotem posiedzenia była sprawa budowy szpitali barakowych i sprawa pouczeń dla ludności.

— W najbliższych dniach wyjdzie z druku III tom »Anatomii człowieka« ś. p. prof. A. Bochenka, wydawanej przez Akademię Umiejętności, poczem rozpocznie się druk I tomu w drugim nakładzie, gdyż pierwszy nakład jest wyczerpany. — Tom III obejmuje opis otrzewnej i naukę o naczyniach. Do ostatniego tomu (układ nerwowy, zmysły) nie pozostał po ś. p. Bochenku rękopis, ani notaty.

— Dr Józef Bednarski, lekarz okręgowy w Alwerni, wydał »Krótki podręcznik dla desinfektorów i pielęgniarzy gminnych«. Jest to pierwsza tego rodzaju broszurka, mająca na oku stosunki wiejskie; to też należy się za to uznanie zarówno autorowi, jak i Wydziałowi Rady powiatowej chrzanowskiej, którego staraniem i nakładem broszurka wyszła. Zasługuje ona na rozpowszechnienie, jako rzecz na czasie, a napisana nader przystępnie.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Piotr Metera, rodem ze Starowoli w Królestwie polskiem i Stanisław Borowski z Warszawy.

— Grono kolegów, przyczyniających się do kosztów wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego«, zwiększyli kol. J. Nowaczyński, K. Polıwka i J. Olbrycht.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lekarska« (36) donosi, że Komitet redakcyjny Słownika lekarzy polskich postanowił bezzwłocznie rozpocząć druk Słownika i w tym celu stara się o zapomogę z Kasy im. Mianowskiego. Słownik ma objąć przeszło 3000 życiorysów oraz wykaz piśmiennictwa od r. 1886, to jest od czasu wydania »Słownika lekarzów polskich« Kośmińskiego.

— Ogólne Zebranie Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy w d. 7. VII. b. r. uchwaliło podjąć starania o podwyższenie wynagrodzenia dla lekarzy, powołanych do tłumienia epidemii. Dla utrwalenia pamięci lekarzy polskich, którzy podczas obecnej wojny padli ofiarą chorób zakaźnych, a przez to »stając się najwyższym wyrazem poświęcenia, zapału i bohaterstwa, okryli chlubą zawód nasz«, uchwalono wydrukować razem ich nazwiska w Pamiętniku Stowarzyszenia i postarać się, aby tosamo uczyniły wszystkie czasopisma lekarskie polskie.

Oto te nazwiska: Jerzy Urbanowicz, Mieczysław Halpern, Henryk Krzyczkowski, Adam Gruchalski, Stanisław Urban, Anna Tarapaniówna, Jan Jarzyński, Magnus Brokman, Ignacy Jaroszyński, Karol Jamiołkowski, Antoni Dutkiewicz, Klemens Lipiński, Leon Grosman, Szymon Gersuni, Karol Rotkel, Władysław Małoszewski, Teofil Szpot, Stanisław Wisznicki, M. Nowiński, Ludwik Katyński, Witold Bilwin, Hugo Lazarus, Leon Peterseim, Maryan Bujalski, Adolf Keifer, Miron Jajus, Maryan Sokołowski, Maciej Godecki, Paweł Jaglarz, Maksymilian Schlank, Ferdynand Eichhorn, Feliks Arnstein, Lucyan Kozicki, Michał Gilnrainer.

Cześć ich pamięci!

— Rada miejska wybrała do Delegacyi szpitalnej z grona radnych lekarzy Dr Babińskiego, do Delegacyi sanitarnej Dr Goldflama i J. Zawadzkiego. Delegacye te, złożone każda z 3 wybranych radnych, z 2 ławników i 4 zaproszonych przez prezydenta miasta obywateli, stanowią bezpośredni zarząd odpowiedniego Wydziału miejskiego. Przy Delegacyach będą utworzone Rady: szpitalna i sanitarna.

— W Radzie miejskiej ukonstytuowało się Koło radnych lekarzy.

— W »Medycynie i Kronice lek.« ogłosił Dr Mikulski »XII Sprawozdanie roczne z czynności szpitala dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią za r. 1914«, zawierające także plastyczny opis niezmiernie ciężkich dni, gdy Zakład, pełny chorych, znalazł się na samej linii bojowej, pozbawiony środków żywności i rabowany. Lekarze: Dr Mikulski, Dr Grzywo-Dąbrowski, Dr Siwiński, Dr Więckowski i Dr Kruze-Pawłowska wytrwali bohatersko na stanowiskach i pod kulami zdołali wyprowadzić chorych, powracając po nich przez szereg dni bombardowania; z chorych jedna kobieta zginęła od postrzału, a kilkoro odniosło rany.

— W Otwocku w oddziale szpitala Jana Bożego otwarto nowy pawilon, zbudowany przez żydowskie Towarzystwo przeciwgruźlicze. W ten sposób liczba miejsc dla mężczyzn i kobiet wzrosła w tem sanatoryum do 230.

— Koła lekarskie w Lublinie przystępują do organizacyi popularnych wykładów o chorobach wenerycznych.

Zmarli:

Paweł Bruns.

Z mistrzów chirurgii ubył znów jeden. Paweł Bruns, którego imię znane jest nietylko lekarzom, lecz i laikom, zmarł w Tübingen 2. czerwca r. b. Jako syn słynnego również chirurga Wiktora Brunsa, wyrobił się pod okiem ojca i po nim też objął katedrę w mieście rodzinnem. Działalność Brunsa można scharakteryzować krótko: był dzielnym chirurgiem, znakomitym nauczycielem i nadzwyczaj wykształconym i sumiennym uczonym. Umiał z małych środków stwarzać ogromy i dlatego też uczniowie jego korzystali przy nim bardzo wiele. W obejściu gładki, czuły i serdeczny, zjednywał sobie odrazu każdego. Pamiątam, jak osobiście oprowadzał mnie po swojej klinice, przyczem pokazując coś, czynił to zawsze w formie dyskusyi, zapytując, n. p. jak u nas w tym lub owym przypadku się postępuje. Dla nauki zdziałał wiele. Dość wspomnieć wydawnictwo »Beiträge zur klinischen Chirurgie«, dalej »Neue Deutsche Chirurgie«, a wreszcie znakomity podręcznik chirurgii, którego czwarte wydanie po śmierci Mikulieza i Bergmanna w znacznej mierze sam opracował. Brunsowi zawdzięczamy też wiele cennych monografii, zwłaszcza z dziedziny chirurgii wojennej, chirurgii kości i wola. W uznaniu zasług został mianowany w r. 1903 lekarzem przybocznym króla wirtemberskiego, w r. 1910 tajnym radcą, a wreszcie osiągnął najwyższą godność naukową dla chirurga niemieckiego, mianowicie wybrany został przewodniczącym niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego. Pozostawił po sobie niewygasłą pamięć wielkiego uczonego i zacnego człowieka. Dr Kięsk.

Dr Walsleben z Krosna, padł ofiarą zawodu w niewoli rosyjskiej w Taszkiencie, zaraziwszy się durem osutkowym; starszy lekarz po viatowy Dr Eugeniusz Mandybur z Gurahumory, zmarł w 52 r. ż. w Koloszwarze; Dr Jan Wnorowski w Piotrkowie; Dr Maryan Wilczyński, dawniej lekarz w Żyrardowie, dwukrotnie więziony za udział w ruchu narodowym, w ostatnich latach lekarz szpitala św. Anny w Miechowie, padł ofiarą czerwonki; Dr Aleksander Zamenhof, Warszawianin, w Dźwińsku; Dr Jan Grzywiński z Warszawy w Jekaterynosławiu (z duru osutkowego); Dr Eugeniusz Ozarkiewicz ze Lwowa, członek Najwyższej Rady zdrowia, założyciel ukraińskiego Towarzystwa lekarskiego, współzałożyciel »Narodnoj Licznicy«, gorący działacz ukraiński, w Wiedniu w 56 r. ż.

chirurg prof. Richter we Wrocławiu, internista prof. Salomon w Berlinie.

Redakcya otrzymała: Serkowski: 1) Próba peptonowa w mleku (Gaz. lek. 1916). 2) Apparat zum kontinuierlichen Sedimentieren (Deutsche med. Woch. 1916). 3) Üb. den Einfluss gewisser physikalisch-chemischer Faktoren auf Präzipitation und Agglutination (Zts. f. Hyg. 1916). — Doc. Dr Janiszewski: O wymogach zdrowotnych przy odbudowie kraju. (Wydawnictwo obywatelskiego komitetu odbudowy wsi i miast w Krakowie). Kraków 1916, str. 70.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium 1916. Zeszyt 8. (J. F. Lehmann). Cena 2·— Mk.

Z zakresu terapii ogólnej zawiera sierpniowy zeszyt »Kursów« następujące rozprawy: Prof. Glaxa »Doświadczenia wojenne na polu balneoterapii«, prof. Straussa »Niedostateczne odżywianie jako przedmiot dyetetyki«, prof. Holzknechta »Wydobywanie ciał obcych pod bezpośrednim przewodnictwem promieni Roentgena«, Dr Straussa »Leczenie gruźlicy równoczesnem stosowaniem miedzi i promieni pozafiołkowych«, prof. Boruttau »Elektryzowanie rytmiczne«.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich we wrześniu 1916.

Gazeta lekarska Nr 10—13 (36—39): Koskowski: Odczyn wałkowy mięśni w stanach zakaźnych (10). — Popiel: Ciąża brzuszna, prawdopodobnie pierwotna (dok. 10). — Puławski: O niektórych objawach choroby Basedowa i o jej rozpoznawaniu (11—12). — Pawiński: Ś. p. J. Peszke (12). — Sterling Stefan: Z badań bakteryologicznych nad tyfusem plamistym (12). — Siwiński: Spostrzeżenia nad zachowaniem wrażeń, wywołanych przez silny uraz psychiczny u umysłowo chorych (13). — Rychliński: Parę uwag w sprawie t. zw. rozszczepienia psychicznego (13).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 35—39: Brunner i Seydlówna: O rozpoznaniu bakteryologicznem cholery azyatyckiej (35—38). — Wł. Sterling (dok. 35—36). — Hewelke: O odczynie po rewakcynacyi (37). — Herman Eufemiusz: Obrazy anatomopatologiczne i kliniczne nowotworów móżdżku, kąta móżdżkowomostowego oraz ciał czworaczych (38—39). — Sokołowski: Ś. p. J. Peszke (39).

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. 1916. Z. 2. Chełchowski: Klęskowe lata na ziemiach polskich (dok.).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.